FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

VICTOR DOITEAU

né le 10 Juin 1892, à Saint-Quentin-lès-Beaurepaire (Maine-et-Loire)

Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris

PRÉPUCE ET CIRCONCISION

(Etude Historique, Esthétique et Médico-Chirurgicale)

Président: M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2

—

1924

Le Doyen..... . **M. ROGER**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pharmacologie et matière médicale	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Pathologie médicale	LEMIERRE.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHET Fils
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	STROHL.
Pathologie médicale	TANON.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophtalmologie	WELTER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

	MM.
Physiologie	CAMUS.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUÉNIOT.
Histologie	RETTERER.
Anatomie pathologique	ROUSSY.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique médicale	LŒPER.
Clinique chirurgicale infantile	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique médicale	RATHERY.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé
Stomatologie	FREY
Education physique	N.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon PÈRE

Souvenir de ma piété filiale.

Au Docteur CHARLES BREVET

Mon plus vieil et mon plus cher Ami.

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur VICTOR VEAU

Chirurgien de l'Hospice des Enfants-Assistés

qui durant les années où nous séjournâmes dans son service, nous témoigna tant de sympathie et de confiance ; qui nous apprit, pour la plus grande part, le meilleur de ce que nous savons, et qui fut pour nous le modèle vénéré et le guide sûr. Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de tout notre attachement et de toute notre reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage — Externat — Internat

Monsieur le Professeur agrégé LEGRY

Monsieur le Docteur FLORAND

Monsieur le Professeur agrégé JALAGUIER

Monsieur le Docteur VEAU

Monsieur le Professeur agrégé A. SCHWARTZ

Monsieur le Professeur agrégé LARDENNOIS

Monsieur le Docteur MARTIN.

Monsieur le Professeur agrégé DEMELIN

Monsieur le Docteur VIGNES

Monsieur le Professeur agrégé MARION

Monsieur le Professeur SEBILEAU

A Messieurs les Docteurs H. BÉNARD et GIRODE

qui furent nos conférenciers d'internat et dont l'enseignement nous a laissé un profond souvenir.

AVANT-PROPOS

Dans le cours de l'an passé, nous avons publié dans la *Revue d'Urologie* tout d'abord, puis ensuite dans *La Clinique*, un nouveau procédé opératoire de circoncision dont la caractéristique essentielle réside dans les résultats particulièrement esthétiques qu'il permet d'obtenir. Cette technique personnelle, nous l'avions imaginée et nous l'employions depuis plusieurs années déjà. Sa conception et l'application étendue que nous en avons faite nous ont conduit naturellement à nous intéresser à tout ce qui se rattache à la circoncision. C'est pourquoi, aujourd'hui, nous apportons une étude d'ensemble sur cette opération qui est probablement la plus ancienne parmi celles qu'ont inventées les hommes. Nous aurons surtout en vue la circoncision médicale, thérapeutique, mais nous étudierons cependant son ancêtre multi-millénaire, la circoncision rituelle. Nous n'aurons point la craintive pensée qu'exprimait le Dr Claparède au seuil de sa thèse sur « La Circoncision dans la Famille et dans l'Etat » ; quelques-uns regardent le sujet que j'attaque comme indigne d'un examen sérieux », écrivait-il. En effet nous croyons que la question que nous nous proposons d'exposer est d'un réel intérêt et mérite d'être approfondie, les notions qu'on en possède habituellement étant parfois imprécises ou même complètement erronées. Ce sont donc ces points là qui retiendront notre attention et nous négligerons ou nous exposerons brièvement ce qui est plus justement connu ou ce qui n'a jamais soulevé d'appréciables discussions. Nous rapporterons aussi un certain nombre de faits nouveaux que nous eûmes l'occasion d'observer. Nous n'avons donc nullement le désir de rappeler tout ce qu'on a pu écrire sur la circoncision rituelle ou médicale et sur le prépuce, car ce serait une formidable, ennuyeuse et inutile compilation. Enfin, il est un point de vue que nous exposerons, et qui jusqu'à ce jour n'a pas été envisagé par les auteurs que ce sujet a inspirés : je veux parler de l'esthétique du prépuce telle qu'ont paru la comprendre dans leurs œuvres les peintres et sculpteurs des siècles écoulés et telle que la conçoivent quelques-uns des artistes les plus appréciés de notre époque. Cette question n'intéresse pas uniquement

l'anatomie artistique, elle doit encore préoccuper le chirurgien qui poursuit la réalisation de circoncisions esthétiques. Nous décrirons les principaux procédés qui ont été inventés pour effectuer cette modeste et pourtant délicate intervention ; parmi ceux-là ce sont les plus perfectionnées, les derniers en date qui nous retiendrons et nous décrirons d'une façon détaillée celui que nous avons publié sous le nom de « Posthectomie conservatrice ». Nous avons été amené à le concevoir pour remédier à un défaut qui compromet l'esthétique de certaines circoncisions, défaut qu'on observe de temps à autre, qu'on ne peut éviter avec le procédé courant et sur lequel notre maître, M. le Dr V. Veau, avait souvent attiré notre attention. En ce temps-là, nous remplissions auprès de lui les fonctions d'interne. Grâce aux nombreuses circoncisions que nous fîmes alors dans le service de chirurgie de l'Hospice des Enfants-Assistés, nous mîmes rapidement au point ce procédé. Quelques années plus tard lorsque nous étions dans le service du Dr Marion, à l'Hôpital Lariboisière, nous eûmes de nouveau la faculté de pratiquer de multiples « posthectomies » et à ce moment nous établîmes un procédé d'anesthésie régionale de la verge que nous décrirons aussi et qui pareillement nous donne de parfaits et constants résultats. Ces facilités opératoires, qui nous furent accordées par MM. Veau et Marion, nous ont permis d'éprouver notre technique par une longue et décisive pratique. Puis en nous confiant leurs malades qui avaient besoin d'être circoncis, ils nous ont donné la possibilité d'étudier à loisir les indications si variées de l'exérèse du prépuce et les complications parfois si curieuses qui peuvent se rencontrer chez les sujets qui ont un phimosis. Par cela même, ils ont très notablement contribué à nous fournir les matériaux que nécessitait l'édification de ce travail. Qu'ils nous permettent donc de leur exprimer nos bien sincères et nos bien vifs remerciements, qui vont encore à l'un de nos maîtres, M. le Dr H. Vignes qui nous a dispensé une aide très précieuse en mettant à notre disposition ses connaissances bibliographiques si étendues et ses dossiers où abondaient des documents qui concernaient notre travail.

Enfin, nous voulons exprimer aux artistes, qui d'ailleurs sont tous des amis, notre gratitude pour l'intérêt qu'ils ont porté à l'enquête que nous avons poursuivie auprès d'eux, à propos de l'esthétique du prépuce, et pour l'obligeance qu'ils nous ont témoignée en y répondant d'une aussi aimable manière. Parmi eux nous tenons à remercier spécialement notre excellent ami, le bon peintre Maurice Asselin, que nous avons interrogé en premier lieu, car il était tout désigné pour nous fournir de précieux avis : sa curiosité s'arrêtant non seulement aux

choses de la plastique, mais encore, à l'occasion, à celles de la médecine et de la chirurgie. Grâce à lui, grâce à ses obligeants confrères nous avons pu compléter ce chapitre que nous consacrons à l'esthétique du prépuce et qui nous a paru devoir prendre place dans cette étude générale de la circoncision que nous allons tenter d'écrire dans les pages qui vont suivre.

CHAPITRE I

HISTORIQUE DE LA CIRCONCISION

Circoncision rituelle et Circoncision médicale

La circoncision (de circum, autour et cœdere, couper), est l'exérèse circulaire, partielle ou totale du prépuce. C'est une opération qui remonte aux temps les plus reculés ; on a dit que c'était avec la trépanation la plus ancienne opération qu'ont faite les hommes. Mais à son origine elle n'appartenait aucunement au domaine chirurgical, elle avait seulement un caractère rituel et ce n'a été que beaucoup plus tard qu'elle fut adoptée par la médecine. Lorsque l'on parle de circoncision rituelle, on songe surtout à la circoncision israëlite qui est due à Abraham, qui se circoncit lui-même à l'âge de 99 ans, sur l'ordre de l'Eternel. Dieu, rapporte la Genèse (chap. XVII), dit à Abraham : « Et c'est ici mon alliance entre moi et vous, et ta postérité après toi, laquelle vous garderez ; savoir que tout mâle d'entre vous sera circoncis ; et vous circoncirez la chair de votre prépuce et cela sera pour vous signe de l'alliance entre moi et vous. Tout enfant mâle de huit jours sera circoncis parmi vous en vos générations... » Abraham se conforma exactement aux désirs de Dieu ; après s'être circoncis, il fit la même opération à son fils Ismaël, âgé de treize ans et aux esclaves de sa maison.

Cette pratique fut conservée dans la loi mosaïque, car l'Eternel parlant à Moïse lui dit (Lévitique, XIII). « Et au huitième jour on circoncira la chair du prépuce de l'enfant ». Cette coutume s'est ensuite transmise très fidèlement jusqu'à nos jours, parmi les Juifs. On a prétendu qu'Abraham, venu de Chaldée en Egypte l'avait empruntée aux Egyptiens. Mais on a soutenu aussi que c'est Moïse qui l'aurait fait connaître aux Egyptiens parmi lesquels les Israëlites ont longtemps vécu. La première hypothèse est sans doute la plus plausible. La circon-

cision était très pratiquée chez les Egyptiens, mais à aucune époque elle ne fut une loi générale. Seuls tout d'abord les prêtres, les guerriers, les astronomes, les géomètres, les savants y étaient astreints d'après la loi hiéroglyphique. Peu à peu, elle se propagea dans les autres classes de la société, si bien qu'elle devint si répandue qu'Ezéchiel et Jérémie comptent les Egyptiens au nombre des Circoncis. Dans un temple de Karnak, un dessin mural représente une scène de circoncision ; c'est un enfant qui la subit. Les Egyptiens avaient emprunté probablement ce rite aux Ethiopiens qui eux-mêmes le tenaient des peuplades noires de l'Afrique centrale qui le pratiquaient depuis l'époque la plus reculée. La circoncision est certainement née aux premiers âges de l'humanité ; elle est apparue dans les groupes d'hommes primitifs. Puis chez leurs descendants qui se perfectionnèrent et se civilisèrent, elle disparut peu à peu. Seules les races demeurées frustes la conservèrent et c'est chez elles que beaucoup plus tard des peuples voisins très civilisés la retrouvèrent.

Les Juifs s'honoraient du titre de Circoncis. Par contre, les grands conquérants perses, assyriens, et mèdes se glorifiaient en s'appelant les Rois incirconcis. On sait que les Juifs étaient forts cruels pour le prépuce de leurs ennemis ; ainsi David, pour gagner la main de Michal, la fille de Saül, mit en pièces deux cents hommes des Philistins et apporta les 200 prépuces bien comptés au roi Saül « afin qu'il fût gendre du Roi ». David avait bien fait les choses, car on ne lui avait réclamé que cent prépuces de Philistins (L. Samuel XIX). Saül ravi, lui donna aussitôt pour femme Michal, sa fille. D'ailleurs, la Bible est remplie d'évènements bien connus où le prépuce et la circoncision jouent un rôle de premier plan. La circoncision ne fut pas conservée par les Chrétiens. Jésus était circoncis, et pourtant il ne l'a pas conseillée. Sa préoccupation était de moraliser et non de jeter les bases d'une organisation sociale. Comme le dit le Dr Claparède : « Les institutions divines qu'il venait répandre sur la terre ne devaient aucunement se trouver en contact avec les institutions humaines préexistantes ou à établir. Sa mission avait en vue les âmes et non les corps ». Les Apôtres songèrent à garder la circoncision, mais après de longues discussions, à l'instigation de Paul, ils la rejetèrent, le baptême remplaça la circoncision. Dans l'Epître aux Romains et dans le premier Epître aux Corinthiens, Saint-Paul précise nettement ses idées sur ce point important. Dans la France méridionale, au 12e siècle, on vit des sectes où les éléments judaïques, comme la circoncision, se mêlaient aux pratiques chrétiennes.

Sous la domination romaine, la loi mosaïque fut toujours respectée.

Les Syriens et les Phéniciens pratiquèrent aussi la circoncision. Mahomet à son tour l'adopta mais alors que chez les Juifs elle se pratique au huitième jour de la vie, chez les Mahométans elle se fait à l'âge de 10 ou 13 ans, en souvenir d'Ismaël qui fut circoncis à cet âge tardif. De nos jours, en dehors des Juifs et des Mahométans, la circoncision rituelle est très répandue. Dans la plupart des tribus noires de l'Afrique, elle est en honneur. On circoncit d'ailleurs aussi les filles en leur coupant soit les petites lèvres, soit la pointe du clitoris, ou nymphes et clitoris ensemble. L'ablation du prépuce, se pratique encore chez les Arabes d'Egypte, et, fait curieux, chez les chrétiens abyssins. Chez les premiers, elle se fait le lendemain du mariage, et l'épouse reçoit sur ses vêtements blancs le sang préputial. L'opéré doit être ferme et souriant durant l'intervention. En somme elle est très répandue en Afrique. On se souvient de la grande scène de la circoncision des jeunes hommes et des jeunes filles dans *Batouala,* le roman de R. MARAN, où un vieillard et une vieille femme, un couteau à la main sectionnent des dizaines de prépuces et de petites lèvres.

La circoncision est encore pratiquée un peu partout, dans les îles de la Sonde, en Australie, dans d'autres îles d'Océanie, dans le Thibet, à Madagascar, chez les Indiens d'Amérique, dans l'Alaska. En somme toutes les races primitives la pratiquent ou tout au moins réalisent une mutilation dont le caractère est le même.

Nous allons maintenant préciser la portée de ce rite : on dit couramment qu'il est une prescription hygiénique incorporée dans les lois religieuses. Dans les pays chauds de l'Orient, où l'eau est rare et les ablutions difficiles les incirconcis présenteraient souvent de graves inflammations du prépuce. C'est pourquoi Moïse et Mahomet pour protéger leur peuple de ces ennuis, auraient imposé la circoncision, et pour que cette pratique fut respectée de tous lui auraient donné la forme de loi divine. A cela je dirai que la circoncision se pratique dans l'Alaska, qui est un pays très froid, où le prépuce n'a pas à souffrir de la chaleur et du manque d'eau. On a dit encore que la circoncision serait une substitution du sacrifice humain ; au lieu de sacrifier l'homme tout entier on en sacrifierait une petite portion. On a soulevé encore beaucoup d'hypothèses plus ou moins vraisemblables. Il semble bien que la nature de cette coutume soit toute autre. La circoncision est un rite de passage, ayant une portée sociale ou religieuse. Elle a la valeur d'un rite de séparation (idée de section). Elle détache l'individu d'un milieu donné pour l'agréger à un milieu nouveau. Chez les Juifs, son rôle est exclusivement religieux, elle est le signe d'alliance avec une divinité déterminée,

la marque indélébile d'appartenance à une même communauté de croyants. Dans les peuplades noires primitives où elle se pratique généralement à l'adolescence, elle est l'acte de séparation de l'individu d'un groupe antérieur, qui est le monde des femmes et des enfants. Elle attache le sujet à la société adulte. Elle ouvre l'époque où il pourra se marier et devenir guerrier. Elle marque l'abandon des jeux et des plaisirs de l'enfance et brise les liens domestiques qui l'unissent à sa mère ou à ses sœurs. Dans « Batouala » le sacrificateur des prépuces dit : « Vous serez bientôt des hommes ; vous serez bientôt des femmes ». G. Julien a rapporté qu'à Madagascar, chez les Bara, du Haut-Fiherina, la circoncision est une sorte de consécration rituelle de l'enfant à sa fonction future de chef de famille et de guerrier. Les mères de famille se mettent en retraite pendant une semaine, s'abstiennent de certains aliments, ne voient pas leurs maris et préparent les enfants à la cérémonie. Chez les congénères de Baoutala, ce sont les jeunes hommes qui vont en retraite : « depuis une lune, depuis deux lunes, dissimulés au fond des bois, vous avez peiné, vous avez jeûné... vous vous êtes abstenu de rire et de jouer... vous ne parlez plus que la langue sacrée... » psalmodient les vieillards. Chez les Hovas, dit G. Julien, les enfants sont aussi isolés. Cet auteur nous apprend aussi que l'on ne pratique pas la circoncision des filles à Madagascar, mais que dans certaines tribus, on enlève une phalange des enfants nés sous certaine influence (Institut français d'Anthropologie, séance du 20/6/23). En effet dans certaines tribus la circoncision est remplacée par une autre mutilation, qui pareillement sévit sur un organe qui n'a pas d'importance vitale (arrachement d'une dent, section d'une phalange, du lobe de l'oreille, castration d'un testicule, perforation du septum). On ne pourrait évidemment accorder une portée hygiénique à ces mutilations, comme on a pu le faire avec une certaine logique pour la circoncision.

Nous allons dire un mot de la technique de la circoncision rituelle Nous ne savons pas par quel procédé Abraham se circoncit, mais la Bible nous dit que Josué dans le désert opéra les Israëlites non circoncis avec un couteau de pierre. Séphora, femme de Moïse circoncit son fils avec une pierre tranchante. Ce sont là des procédés fort primitifs. Depuis, la technique de la circoncision israëlite s'est un peu perfectionnée. On sait qu'elle est pratiquée le huitième jour par *le mohel,* personnage à teinte religieuse, dont ce sont les seules occupations ; elle est exceptionnellement exécuté par le rabbin. L'enfant est tenu par le parrain, sur ses genoux ; l'opération typique comprend trois temps : la section du prépuce, *Hitauch ;* la déchirure de la muqueuse, *Périah ;* la succion de la plaie

pour arrêter l'hémorragie, *Mézcrah*. La section du prépuce est faite avec un instrument spécial, le posthétome. A la recoupe de la muqueuse du procédé médical, on substitue la déchirure de la muqueuse qui se fait avec les ongles des pouces et qu'on poursuit jusqu'au sillon balano-préputial. La succion de la plaie est supprimée depuis 1843 afin de préserver de la contagion syphilitique le mohel ou l'enfant ; après la circoncision on fait un pansement alcoolisé très simple. Chez les Juifs algériens le prépuce est introduit dans la fente d'un instrument dont la forme est comparable à celui du pavillon d'une sonde cannelée. On coupe le prépuce au-dessus et au ras de cette plaque métallique fendue ; puis la muqueuse est déchirée avec les ongles et les lambeaux sont rabattus en dehors. Il n'est jamais fait de sutures dans les circoncisions rituelles.

Chez les Mahométans, le prépuce est étiré, on place alors en avant du gland un lien très serré ; un autre lien est mis un peu plus en avant et l'on sectionne le prépuce entre ces deux ligatures. L'opération est peu douloureuse à cause de l'ischémie produite. Le premier lien est alors sectionné et le bout de la verge trempé dans un œuf frais. On termine par un pansement huilé. Ce procédé est aussi employé par les Mandigues de l'Afrique (Verneau). Le jeune homme est mis à califourchon sur un tronc d'arbre et l'on coupe le prépuce entre les deux ligatures, en l'appuyant sur l'arbre qui sert de billot. On a vu les chirurgiens européens remplacer ces ligatures par une pince fenêtrée qui porte une fente sur chacune de ses branches et couper le prépuce dans la portion qui répond aux fentes de cette pince.

M. Verneau a vu dans certaines tribus que la circoncision se fait en introduisant le prépuce dans une jambe de maïs fendue ; il est ensuite sectionné avec un couteau fait avec une ancienne sagaie.

L'exérèse du prépuce n'est pas toujours un acte rituel, elle se fait encore comme on le sait dans un but thérapeutique et c'est une des opérations les plus courantes de la chirurgie, mais qui se pratique beaucoup moins fréquemment que la circoncision rituelle puisqu'il y a deux cent millions de circoncis sur le globe. En outre la circoncision médicale a une origine beaucoup moins ancienne, qui appartient aux temps historiques. Nous voudrions que le mot circoncision désignât seulement l'exérèse du prépuce car, il n'est pas logique de désigner par le même terme une opération dont la portée est si différente et qui sert encore à nommer l'ablation des petites lèvres ou de la pointe du clitoris. Comme je l'ai signalé chez certaines races africaines, on pratique la circoncision des garçons et celles des filles. Nous demandons que l'on appelle l'ablation médicale

du prépuce, la *posthectomie* (de *posthê* prépuce et de *tomê* section). Dartigues et Roucayrol ont proposé le mot phimosiectomie. Nous trouvons que c'est une dénomination trop particulière ; elle évoque seulement une des causes — la plus fréquente il est vrai — pour laquelle le chirurgien supprime le prépuce. C'est comme si on appelait la thyroïdectomie, la goîtrectomie. D'ailleurs c'est le nom de l'organe et non celui de l'affection qui doit être annexé au radical *tomê* section, sinon, je pourrais appeler une néphrectomie pour tuberculose rénale une tuberculosectomie, expression peu satisfaisante pour l'oreille et pour l'esprit. La posthectomie est donc l'exérèse chirurgicale du prépuce ; ce mot ne présume pas de la cause pour laquelle elle est faite, il a tout à la fois la généralité et la précision qui convient au terme générique d'une intervention. On a proposé encore le mot orlatomie où l'on a substitué le terme hébreu orla, prépuce, à *posthê*. Mais la majorité des praticiens connaissant mieux le grec que l'hébreu, notre appellation est meilleure croyons-nous car elle peut être tout de suite comprise, et la posthectomie désignera toujours pour nous au cours de ce travail, la circoncision médicale.

CHAPITRE II

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU PRÉPUCE

I. — Anatomie

Le prépuce est, comme on le sait, un repli musculo-cutané qui est destiné à recouvrir le gland. La peau de la verge lorsqu'elle atteint la base du gland continue à se porter en avant jusqu'à la pointe de cet organe, puis elle se replie sur elle-même et par un trajet rétrograde vient gagner le sillon balano-préputial, pour se réfléchir d'arrière en avant sur le gland qu'elle tapisse complètement. Dans ses portions réfléchies, elle a les caractères d'une muqueuse. Le prépuce est donc formé de deux feuillets adossés, l'un cutané qui est externe, l'autre muqueux qui est interne. Ce repli tégumentaire recouvre d'ordinaire complètement le gland quand la verge est à l'état de repos. Chez les jeunes enfants il ne présente qu'une ouverture étroite et ne peut être ramené en arrière du gland. Chez un certain nombre d'adultes, le prépuce ne recouvre qu'incomplètement le gland ou même il se maintient en arrière du gland qui reste constamment à découvert. L'orifice préputial siège à l'union de ses faces cutanée et muqueuse ; on sait qu'il peut être très étroit et s'opposer au décalottage. Dans l'épaisseur du prépuce, notion fort importante, on trouve un prolongement du muscle péripénien. Cette lame musculaire qui double la face profonde du feuillet cutané, lorsqu'elle atteint l'orifice préputial, se réfléchit sur elle-même et doublant la face profonde de la muqueuse gagne le sillon balano-préputial.

Le muscle péripénien est formé des fibres musculaires lisses circulaires, obliques et longitudinales, qui sont particulièrement fournies à l'orifice préputial au point d'y constituer chez le tout jeune enfant un anneau musculaire formant sphincter. Nous verrons l'importance de cette formation quand nous expliquerons la nature du phimosis congénital. C'est Sappey qui le premier attira l'attention sur ce dartos préputial qui est presque constant. Entre les deux couches du muscle péripénien s'insinue la celluleuse dont la laxité permet le déplissement du prépuce. Ainsi que

la peau et le dartos préputial elle se réfléchit sur elle-même à l'orifice préputial et là elle est très riche en fibres élastiques. L'enveloppe fibro-élastique de la verge, (fascia penis) qui fait suite à l'aponévrose superficielle du périnée ne se continue pas dans le prépuce, elle s'arrête et se fixe à la base du gland.

De la face interne du prépuce au niveau de sa face inférieure, se détache un petit repli muqueux de forme triangulaire qui vient se fixer sur le gland en arrière du méat. Il forme le frein ou filet qui limite l'incursion du prépuce en arrière. Le frein contient dans son épaisseur une fine artériole détachée d'une couronne artérielle que les artères dorsales forment à la base du gland. Cette artère qui est très fine peut donner lieu à des hémorragies mortelles, son importance chirurgicale est donc considérable. La face cutanée du prépuce ne porte pas de poils mais seulement quelques glandes sébacées, il en existe aussi quelques-unes très rudimentaires sur la face muqueuse. La muqueuse préputiale donne naissance par desquamation épithéliale à une graisse qui constitue ce qu'on appelle le smegma préputialis. Les veines qui proviennent de la dorsale superficielle forment un réseau allongé qui chemine entre les deux couches du dartos préputial dans l'épaisseur de la celluleuse.

Les nerfs du prépuce sont tributaires du honteux interne, du génito-crural et des abdominaux génitaux. Nous donnerons un procédé d'anesthésie régionale qui permet d'anesthésier sûrement tous ces filets en les atteignant dans les points où ils s'apprêtent à aborder la verge.

Au point de vue de l'embryologie, le prépuce apparaît vers la fin du troisième mois sous forme d'une lame mesodermique qui vient s'enfoncer dans l'épithélium très épais qui recouvre le gland et le sépare alors en deux couches dont l'une superficielle formera l'épiderme du prépuce et l'autre une couche interposée au gland et au prépuce qui se clivera isolant du gland la face profonde du prépuce. Au début, la lame préputiale se trouve interrompue à la face inférieure du gland, sur la ligne médiane par la gouttière uro-génitale. Plus tard les deux lèvres de cette gouttière en se fusionnant constituent le frein du prépuce. C'est au cinquième mois que les fibres musculaires lisses du muscle péripénien apparaissent dans l'épaisseur du prépuce.

II. — Physiologie du Prépuce

Le prépuce est un organe protecteur du gland et par là conservateur de sa sensibilité génitale. On sait que son feuillet muqueux présente inconstamment quelques glandes sébacées odorifères (glandes de Tyson)

qui par leur odeur et la lubréfaction qu'elles fournissent à la surface du gland jouent un rôle, très accessoire il est vrai, dans les fonctions génitales. Cette lubréfaction est encore utile à la verge à l'état de repos car elle conserve à l'épithélium du gland toute sa souplesse. Le Dr Riva, un praticien ottoman, qui fut médecin à l'Hôpital Gulhamé de Constantinople, a publié un travail (La Médecine Orientale, 10 février 1907) où il expose des aperçus aussi savoureux qu'originaux sur les modifications physiologiques que la circoncision exerce sur la sensation voluptueuse dans les deux sens. Il a pu observer facilement, étant lui-même circoncis et exerçant son art dans un pays où la majorité des habitants ont subi cette opération rituelle, le rôle exercé par la section préputiale sur l'acte sexuel et plus particulièrement sur la jouissance que peuvent goûter les hommes dans l'accomplissement du coït. Le Dr Riva insiste tout d'abord sur les modifications de structure qu'on trouve sur le gand des circoncis. Il fait remarquer très justement que plus un organe fragile est protégé des influences extérieures, plus il conserve sa délicatesse et sa sensibilité. Les mains des riches, celles des intellectuels, et surtout les petites mains féminines élégantes et charmantes protégées par des gants, présentent une grosse différence au point de la vue de la finesse du tact, avec les mains des ouvriers et des paysans. Si donc le gland reste couvert par le prépuce, son gant naturel, il conserve toute sa sensibilité. Les glands des circoncis sont soumis aux influences extérieures, aux actions irritatives de l'air et des linges. La muqueuse du gland primitivement cylindrique se change en épithélium stratifié, et cet épaississement émousse beaucoup sa sensibilité. Les non circoncis sont tout de suite gênés par le contact du linge quand le gland se découvre. Et pourtant, malgré cette diminution de la sensibilité chez les circoncis, les Musulmans préfèrent, paraît-il, au point de vue du coït, que le prépuce soit absent parce que la durée du coït devient longue, par suite de la diminution de la sensibilité génésique, « si on perd de la sensibilté, on gagne de la durée ». Et en fin de compte, la somme de volupté est supérieure chez eux. Pogarelsky et Puchmann, ont cité aussi l'augmentation de durée du coït chez les circoncis.

Mais il n'y a pas que les hommes qui retirent des avantages de la circoncision, les femmes aussi y trouvent profit : « La circoncision, par les modifications qu'elle a portées sur la verge, provoque la jouissance en excès des femmes pendant le coït. La cause en est que le gland, surtout la couronne, sont hypertrophiés, et qu'ils sont durs pour bien frotter le vagin ».

Il est certain que la circoncision rituelle étant faite sans précautions

aseptiques et se compliquant toujours d'une suppuration plus ou moins prolongée de la plaie opératoire, détermine habituellement une cicatrice circulaire épaissie, dure, parfois chéloïdienne, ou une sorte de bourrelet au niveau du sillon balanique. De plus on observe encore souvent un jabot exubérant à la base du frein ou des saillies cutanées muqueuses à la base du gland, qui sont susceptibles de provoquer d'agréables irritations de la muqueuse vaginale ou clitodirienne. Mais on ne doit observer rien de semblable dans les circoncisions médicales, grâce à l'asepsie, elles ne suppurent jamais. La cicatrice est souple. Dans ce cas l'homme seul y trouve des avantages. A moins de s'appliquer à faire suppurer les sutures, la posthectomie ne peut procurer les bienfaits génitaux de la circoncision rituelle. D'ailleurs on peut aussi discuter la valeur pour le coït de la diminution de la sensibilité du gland. Faut-il préférer une des sensations voluptueuses profondes mais de peu de durée à des jouissances moins vives mais prolongées? Les avis sur ce sujet doivent être très partagés. En tous cas, chez un sujet qui souffre du coït bref, la posthectomie totale peut être un traitement parfait.

Malgré toutes bonnes raisons fournies par le Dr Riva, nous croyons que le chirurgien qui pratique une posthectomie, doit toujours tendre à ne pas détruire l'aspect normal du prépuce et à ne pas supprimer son rôle physiologique naturel. Il doit, sauf dans des cas particuliers, conserver respectueusement la plus grande partie possible du prépuce. Et avec Dartigues nous estimons « que la nature a bien fait les choses, en donnant un fourreau à la verge de l'homme comme à celle de tous les mammifères » et « que c'est mal commencer la vie (même sous un prétexte rituel) que de la commencer par une amputation au niveau d'un membre aussi important de l'organisme.

CHAPITRE III

L'ESTHÉTIQUE DU PRÉPUCE SELON L'ART ET LES ARTISTES

Les peintres, les sculpteurs et les graveurs étant amenés fréquemment à représenter des nus masculins nous ont donc souvent montré des prépuces. De multiples fois aussi, ils nous ont fait voir la scène de la circoncision rituelle. Il s'agit alors toujours de la circoncision de l'Enfant-Jésus et d'artistes anciens, d'écoles et de pays fort divers: Primitifs italiens, flamands ou allemands, peintres de la Renaissance et du XVII[e] siècle. En effet dans les siècles suivants les artistes ont été inspirés de moins en moins par les événements de l'Histoire sainte et de nos jours, sauf de rares exceptions, ils les délaissent complètement. C'est donc parmi les gravures et les tableaux anciens qu'abondent les scènes de la circoncision divine. Nous ne pouvons citer toutes ces œuvres, mais on connaît le tableau de Mantegna, du Musée des Offices à Florence, la gravure de Dürer, certaines de Rembrandt, et la toile de Guilo Pippi, dit Jules Romains, du Musée du Louvre. Ce tableau est tout à fait curieux, parce que généralement, les œuvres qui représentent la circoncision de l'Enfant-Jésus, nous montrent plutôt les préparatifs de l'opération que la circoncision elle-même. Or ici elle est en train de s'accomplir. L'Enfant-Jésus est tenu debout sur une sorte de stèle et le sacrificateur lui a saisi le prépuce entre le pouce et l'index gauche. Dans la main droite il tient un grand couteau à lame courbe, muni d'un manche enrichi de pierreries, avec lequel il s'apprête à le trancher. L'Enfant-Jésus est souriant et ne paraît nullement effrayé. Une grande affluence de personnages assiste à l'opération.

Ceci étant dit, nous en arrivons à l'étude de l'aspect que les artistes nous offrent du prépuce. Rappelons tout d'abord que ce repli cutané a des apparences très variables; dans la grande majorité des cas, il recouvre la plus grande partie du gland, laissant voir la moitié ou le

tiers antérieur de cet organe. Assez souvent il recouvre complètement le gland sans le dépasser cependant et il ne laisse même pas entrevoir le méat. Il peut encore dépasser plus ou moins le gland formant une trompe en avant de lui. Enfin de temps à autre il demeure ramené tout à fait en arrière du gland qui reste constamment découvert. De tous ces aspects, lequel est le plus esthétique? Ce sera donc l'examen des nus représentés par les peintres, dessinateurs, sculpteurs, à des époques diverses qui pourra nous apporter une réponse à cette question car les artistes préoccupés avant tout par la reproduction des choses dans leur forme la plus esthétique, n'ont dû nous montrer le prépuce que sous l'aspect qu'ils estimaient être le plus beau.

Si nous étudions la statuaire antique grecque, ou romaine, et les personnages nus qui sont sur les vases anciens, nous constatons que le prépuce des personnages sculptés ou dessinés recouvre *toujours* complètement le gland. Parfois on rencontre une ébauche très courte de trompe. Le gland souvent encore dessine vigoureusement son relief sous le prépuce. Parcourons donc au Louvre les salles de la sculpture antique : voici *l'Apollon Lycien, le Discobole, l'Hercule jeune, Hercule et Télèphe;* on peut se convaincre que tous ont le gland dissimulé sous le prépuce. On pourra voir un Mercure dont l'orifice préputial est absolument punctiforme, il est atteint certainement d'un phimosis. Les Satyres Atlantes de la Salle du Tibre ont un prépuce allongé d'un effet décoratif très curieux. *Le Satyre dansant* et *l'Hercule au repos* de la salle du Sarcophage d'Anis, sont de même pourvus d'un prépuce qui va jusqu'à l'extrémité du gland. Pourtant les sculpteurs de l'antiquité ont du voir autour d'eux des individus en nombre assez grand dont le gland demeurait toujours à nu. S'ils n'ont jamais retenu cet aspect, c'est qu'ils devaient le juger peu esthétique. Il semble nettement que pour eux, l'indiscutable beauté était atteinte lorsque le prépuce s'étendait jusqu'à la pointe du gland, ne laissant pas voir le méat, et même formant une ébauche de trompe en avant de lui, et lorsque le gland dessinait son galbe viril sous le prépuce. Il n'est pas possible d'imaginer que les artistes de l'antiquité furent guidés par un sentiment de pudicité, car la pudeur, ce sentiment si bizarre n'existait pas encore à cette époque. Elle fut inventée beaucoup plus tard par le protestantisme qui malheureusement l'a transmise au christianisme. On m'a fait observer que ce n'est peut-être pas uniquement les scrupules de la plastique qui ont dirigé les artistes grecs ou romains quand ils représentaient le prépuce. Les Grecs principalement se sont appliqués à traduire le corps humain, dans ses caractères généraux. Ils ont créé un type général d'homme et de femme comme autour

d'eux ils constataient que le plus souvent le prépuce recouvrait le gland, ils l'ont toujours montré sous cet aspect, afin de le faire voir dans son type général. Mais comme ils possédaient le sentiment du beau, et l'harmonie au plus haut point, on ne peut nier que celui-ci ait joué un rôle prépondérant lorsque ces préoccupations se sont posées à leur esprit.

Abandonnant l'art antique, nous allons examiner la peinture ancienne, principalement celle de la Renaissance car elle nous fait voir de nombreux prépuces. Nous découvrirons que là encore, les artistes ont, sans exceptions, représenté le prépuce masquant tout à fait le gland. Parfois on découvre une ébauche de trompe. Il en est ainsi chez l'Enfant-Jésus dans le tableau de Mantegna du Louvre, *la Vierge de la Victoire* et chez les nombreux enfants nus de cette autre toile du même peintre qui est aussi au Louvre, *La Sagesse victorieuse des Vices*. Raphaël nous montre aussi le prépuce dissimulant le gland, mais toutefois chez ce peintre, il ne tend jamais à constituer une trompe. Pour le constater on n'a qu'à regarder sa *Sainte Famille*, et sa *Vierge au diadème bleu*, qui sont au Louvre. Dans sa toile : La Vierge dite la *Belle Jardinière* l'Enfant Jésus a un prépuce qui ne laisse pas voir du tout le gland et dont l'orifice est punctiforme. De plus, son prépuce est œdémateux et rose. Peut être Raphaël a-t-il pris pour modèle un enfant qui avait un phimosis compliqué de balano-posthite chronique. Nous pourrons faire la même constatation sur l'esthétique préputiale si nous regardons la *Charité* et la *Sainte Famille* d'Andrea del Sarto, *l'Annonce aux Bergers* de Palma, *la Vierge entre Saint Pierre et Saint-Sébastien* de Giovanni Belli, la *Sainte Famille* de Luini, *La Vierge et l'Enfant* d'Antoniazzo Romano, *le Sommeil de l'Enfant-Jésus* de Benenuto Tisi de l'école ferraraise. Si nous explorons l'école flamande, on fera absolument les mêmes remarques, après avoir vu *la Vierge et l'Enfant Jésus entre le donateur J. de Seclano et sa femme* de Gérard David et *la Vierge aux donateurs* de Memling. Il en sera de même vis-à-vis de l'école allemande quand on connaîtra *la Vierge au Serin* de Durër, et quelques autres œuvres de cette même école. Un peu plus tard, lorsque Rubens par hasard nous laisse apercevoir un prépuce, il nous le peint d'une façon semblable et Le Poussin fera de même. On n'a qu'à regarder *le Triomphe de Flore* ou *l'Adoration des Mages* qui sont au Louvre.

Il y a une constatation très curieuse que l'on peut faire lorsqu'on examine tous les tableaux anciens qui représentent l'Enfant-Jésus. On nous le montre le plus souvent à un âge dépassant le huitième jour, or il apparaît incirconcis. C'est une erreur considérable. J'ai interrogé à ce sujet

de nombreux artistes, la plupart m'ont dit que les peintres anciens ne s'étaient pas préoccupés de sa circoncision et qu'ils avaient peint son prépuce, tel qu'ils voyaient celui de tous les enfants de leur entourage. Cela est fort probable ; on sait quelles libertés prenaient souvent les peintres de cette époque vis-à-vis des costumes et des monuments. Dans les *Noces de Cana* de Véronèse les personnages sont habillés à la façon des Vénitiens du 16e siècle, et la salle qui les abrite est un palais semblable à ceux qu'on trouvait à Venise dans ce temps-là. Quelques artistes m'ont affirmé qu'on avait représenté l'Enfant-Jésus non circoncis, par sentiment de pudicité, pour ne pas lui imposer une nudité supplémentaire et afin de ne pas souligner ses origines juives.

Si donc on examine l'art antique et l'art ancien, on se convainct que l'aspect du prépuce le plus esthétique est un prépuce qui habille le gland jusqu'à son extrémité ou même qui la dépasse très légèrement. Les sculpteurs antiques aiment de plus à montrer le relief du gland sous le prépuce, ce que ne font jamais les peintres anciens.

Abordons, toujours au même point de vue, l'examen de l'art moderne. Là il est plus difficile de se faire une opinion parce que, de nos jours, les peintres font rarement des nus masculins et lorsque par hasard cela leur arrive, ils s'attachent plutôt à rendre les masses générales qu'isolent les jeux de la lumière et de l'ombre, que les détails de la forme. Les sculpteurs actuels sont plus précis ; ils sont restés fidèles au prépuce recouvrant le gland.

Nous connaissons des fusains de Cézanne représentant des jeunes hommes qui étaient des modèles de l'atelier Suisse. Leur prépuce recouvre le gland. Il y a aussi quelques académies fort anciennes de Rodin représentant des nus d'hommes adultes qui ont le prépuce ramené en arrière du gland. Mais ces dessins de Cézanne et Rodin sont des académies, des études ; ces artistes se sont bornés à faire ce qu'ils voyaient sans se soucier particulièrement du prépuce ; l'on ne peut donc en tirer aucune déduction puisqu'il n'y a pas eu d'interprétation plastique.

L'art nègre, qui a réalisé des œuvres admirables, nous fait voir presque toujours chez les statuettes-fétiches, le gland découvert, mais ces artistes noirs sont avant tout des réalistes, ils ont fidèlement traduit ce qui s'offrait à leurs yeux. Or dans les races nègres la circoncision est généralement pratiquée, comme nous l'avons dit.

Le petit nombre d'œuvres modernes où le prépuce est représenté ne nous permet pas de nous faire une idée nette de l'aspect que préfèrent les artistes de notre époque. Pour connaître leur opinion, il n'y avait qu'un moyen c'était de poursuivre auprès d'eux une enquête sur ce

sujet. C'est ce que nous avons fait et voici le résultat de nos investigations. Nous avons tout d'abord interrogé notre excellent ami le peintre Maurice Asselin et ses idées sur la plastique préputiale sont celles-ci : il pense que le plus bel aspect du prépuce est lorsqu'il recouvre complètement le gland sans toutefois le dépasser. A défaut de cela il estime que le prépuce s'étendant seulement sur les deux tiers postérieurs du gland réalise encore un aspect très esthétique. Le gland doit se dessiner en saillie légère sous le prépuce. Si Asselin avait à peindre un nu masculin, et que son modèle eût le gland découvert, il le peindrait différemment suivant ces dispositions du jour, car dit-il un peintre a, tour à tour les préoccupations de Mantegna ou de Rubens. Certains jours l'artiste est poursuivi par le désir de rendre, la forme dans toute sa vérité ; ce jour-là il peindrait le prépuce tel qu'il le verrait ; certains autres jours, le peintre est proccupé par la lumière seule, il traduit alors seulement la forme dans son allure générale et n'exprime que les jeux de la lumière qui la modifie. A ces moments-là la verge serait exprimée par une tache de lumière ou d'ombre où il serait difficile de discerner les détails de la forme et par conséquent l'aspect net du prépuce.

Notre ami, le peintre Marius Borgeaud pense que l'aspect le plus esthétique pour le prépuce est quand il est ramené en arrière du gland. Cela crée une diversité de tons et de formes du plus heureux effet plastique. Si Borgeaud devait peindre un nu masculin, il peindrait le prépuce tel qu'il le verrait, le souci de la réalité passant pour lui avant toute préoccupation esthétique.

Le peintre Antoine Villard nous a exprimé une opinion semblable à celle de Marius Borgeaud. Il estime que le prépuce doit découvrir tout à fait le gland car cela donne une allure fort virile ; or virilité et beauté vont de pair.

Le bon peintre Tristan Klingsor dit que l'aspect préférable est celui où le prépuce recouvre le gland complètement sans tendre cependant à ébaucher une trompe. Guindet, le très sensible paysagiste, a la même opinion. Il pense aussi que le prépuce doit recouvrir tout le gland. C'est, dit-il, l'apparence normale, celle qu'offre l'homme harmonieusement développé. Les mâles bien proportionnés, beaux (athlètes, gymnastes), ont, dit-il, et c'est là un fait qui serait à vérifier, le gland toujours dissimulé dans le prépuce. Et s'il avait à peindre un nu masculin et que son modèle eût le gland découvert, il lui donnerait sans hésitations, un prépuce conforme à ses idées, faisant passer le souci de l'esthétique avant le souci de la réalité.

Ludovic Rodo, le peintre et graveur apprécié, estime que le prépuce

doit laisser voir la pointe du gland ou le recouvrir tout à fait sans le dépasser. Il aime voir se dessiner la saillie balanique.

Nous avons encore interrogé beaucoup d'artistes modernes, dont nous ne donnerons pas les opinions, car cela nous entraînerait trop loin, mais pour résumer toute cette enquête, nous pouvons dire que pour la plupart des artistes actuels, les deux aspects les plus esthétiques sont celui où le prépuce recouvre complètement le gland et celui où il laisse voir le méat et sa pointe.

Ces données peuvent intéresser les chirurgiens qui s'attachent à ne pratiquer que des ablations esthétiques du prépuce. Ils devront donc adopter un procédé qui leur permette d'atteindre facilement ce but. La première apparence (gland tout à fait recouvert) ne peut être réalisée que dans les cas où l'on possède beaucoup d'étoffe cutanée, c'est-à-dire lorsqu'il y a un allongement hypertrophique du prépuce. La seconde apparence (gland recouvert seulement dans ses deux tiers postérieurs) est très facile à réaliser. Nous décrirons d'ailleurs des procédés qui donnent aisément cet aspect, et qui de plus fournissent une cicatrice invisible de la ligne de suture qui ne permet pas de voir que le sujet a été circoncis. Ce sont des résultats susceptibles de satisfaire les artistes, les chirurgiens et les malades les plus difficiles, quant à l'apparence du prépuce.

C'est en effet une absolue nécessité pour le chirurgien que le succès esthétique des posthectomies qu'il a l'occasion de faire, soit certain et parfait. Ses opérés ou leur entourage lui en témoigneront une gratitude et une estime professionnelle fort profitables. Par contre, on lui en voudra beaucoup s'il mutile les prépuces qu'on lui aura confiés, surtout s'il s'agit de jeunes garçons, car il ne pourra guère éviter la haine agissante des femmes de la famille — mère, sœurs, tantes... — qui prend source semble-t-il, dans un sentiment de solidarité féminine envers les femmes de l'avenir — amantes et femme légitime. — Les hommes — père, frère, etc. — y prêtent moins d'attention parce que ce ne sont pas les qualités d'élégance qu'ils considèrent comme primordiales chez cet organe si important. Un chirurgien me contait un jour, qu'au début de sa carrière, alors qu'il venait de se décider à faire spécialement de la chirurgie infantile, son vieux maître Terrier lui avait dit : « Avant tout, avant tout, soignez vos phimosis... » C'était là un précieux conseil, soignons donc méticuleusement les posthectomies que nous exécutons et pour cela, obéissons aux données plastiques que nous venons de rapporter et choisissons des procédés opératoires capables de nous conduire à des résultats qui les satisferont entièrement.

CHAPITRE IV

LES INDICATIONS DE LA POSTHECTOMIE

Phimosis congénital et Phimosis acquis

L'indication primordiale de la posthectomie, la plus banale, la plus fréquente, c'est sans conteste, le phimosis. Chacun sait que « le phimosis est un rétrécissement de l'ouverture du prépuce qui ne permet pas de découvrir le gland, ou pour me servir d'une expression vulgaire de décalotter ». Cette si claire et si concise définition, je l'emprunte à un chirurgien du 18e siècle, DE COURCELLES, qui nous la donne dans son intéressant « Manuel des Opérations Ordinaires de la Chirurgie ».

Le rétrécissement de l'orifice préputial, tel est donc l'élément constitutif fondamental du phimosis. Ce rétrécissement peut être plus ou moins étroit ; dans certains cas il ne permet pas d'apercevoir le gland et il admet tout juste une bougie filiforme. Assez souvent toutefois il laisse entrevoir la pointe du gland et le méat. Ces deux variétés constituent *le phimosis* dit *serré*. Enfin dans d'autres cas — beaucoup plus rares il est vrai — il permet de découvrir le gland en totalité ou en partie, mais cette manœuvre est pénible, douloureuse et, pendant qu'on l'exécute, l'anneau rétréci du limbe préputial, parcourant le gland d'avant en arrière, le comprime et l'étrangle ; c'est alors *le phimosis large*. Lorsqu'ainsi on a pu décalotter complètement, il est ensuite difficile de ramener le prépuce à sa position normale, et si on ne le faisait pas un paraphimosis serait vite constitué. Là d'ailleurs est l'origine courante du paraphimosis : chez un sujet qui présente un phimosis large, au moment d'un rapport ou de la masturbation, l'anneau préputial est repoussé en arrière du gland et il y demeure. Des phénomènes de gonflement, d'œdème, ne tardent pas à s'établir et bientôt on observe l'aspect si connu du paraphimosis.

J'ai dit que l'étroitesse de l'orifice du prépuce était la caractéristique

anatomique du phimosis. A côté de cet élément princeps, il en faut signaler deux autres, dont l'un, la brièveté du frein, est absolument constant ; quant à l'autre, qui est représenté par des adhérences qui unissent la face muqueuse du prépuce au gland, il n'est point constant, mais il est d'une grande fréquence, si grande que je suis presque tenté d'écrire que lui aussi s'observe toujours. La brièveté du frein peut se voir à l'état isolé, c'est-à-dire sans phimosis concomitant. Le chirurgien est alors généralement appelé à la supprimer, à la demande de celui qui en est atteint ; la courbure du gland rendant le coït douloureux parce que cet acte tend à redresser cette portion de la verge. Cet inconvénient est la principale raison pour laquelle il faut toujours sectionner le frein dans la cure du phimosis, je dis la principale, car si l'on emploie notre procédé de posthectomie, la section du frein a, de plus, un avantage opératoire considérable sur lequel nous reviendrons.

Le troisième élément constitutif du phimosis, c'est, avons-nous expliqué, les adhérences préputiales. Elles sont plus ou moins résistantes, plus ou moins étendues, mais elles ne parviennent jamais à réaliser la fusion complète du feuillet muqueux du prépuce et du gland ; même dans les cas les plus prononcés, il s'en faut de beaucoup. Elles aussi peuvent se rencontrer à l'état isolé et le chirurgien est habituellement sollicité de les détruire car elles sont gênantes en elles-mêmes ; il peut en résulter des phénomènes douloureux ou bien elles sont susceptibles d'amener des complications infectieuses. En résumé ces trois éléments : *l'étroitesse de l'orifice du prépuce, la brièveté du frein et les adhérences préputiales* caractérisent le phimosis, qu'il soit *congénital* ou acquis. Il y a en effet deux grandes catégories de phimosis et si malgré leur importance je ne les ai pas signalées dès le début de ce chapitre c'est que la logique leur réservait cette place d'apparition, car je devais signaler avant la description particulière de chacune d'elle, les éléments généraux communs à ces deux genres qui, au point de vue de leur origine sont tout à fait différents. Voici ce que je peux dire en me basant sur ce que j'ai observé. Je déclarerai d'abord que tous les garçons viennent au monde avec un phimosis. Ce phimosis sera dit congénital. Il est normal ; il n'a aucune raison à ce moment pour préoccuper le médecin car dans la grande majorité des cas, il disparaitra de lui-même, dans le cours de l'enfance, par suite du développement naturel de la verge. Sa constitution anatomique est régulière, elle n'a absolument rien de pathologique. Nous allons la préciser.

Nous avons relaté en décrivant l'anatomie du prépuce que sa face cutanée est doublée, dans la profondeur, par des fibres musculaires lisses

qui ne sont que la partie toute antérieure du muscle péripénien. Au niveau de l'ouverture du prépuce, ce muscle est particulièrement étoffé parce qu'il représente à cet endroit la superposition de deux lames musculaires car il s'y réfléchit comme la peau d'ailleurs, s'adossant à lui-même pour gagner le sillon balanique par un trajet rétrograde au cours duquel il s'applique sur la face profonde de la muqueuse préputiale. Il a de plus une raison supplémentaire d'être épais en ce point. Ce muscle qui est formé de fibres circulaires présente aussi des fibres longitudinales et des fibres obliques. Ces dernières sont très abondantes à l'extrémité du prépuce ; elles montent en spirale et s'enroulent complètement quand elles atteignent son orifice où elles se mêlent aux fibres circulaires, renforçant leur action et réalisant là une couche annulaire très dense. Enfin entre les deux couches de réflexion du muscle péripénien, s'insinue la celluleuse doublée aussi sur elle-même et très riche en fibres élastiques dans l'angle de réflexion du muscle, c'est-à-dire à l'orifice préputial. Il se constitue donc dans cette région un véritable sphincter musculo-conjonctif. C'est lui qui s'oppose à la découverte du gland. Si l'on palpe le limbe du prépuce entre le pouce et l'index, on peut se rendre compte que les tissus sont fermes, mais souples et l'on ne perçoit pas un anneau dur, scléreux, ainsi qu'il en serait, s'il s'agissait d'un phimosis acquis. Le phimosis congénital évolue de lui-même vers la guérison — si toutefois l'on peut s'exprimer ainsi puisqu'il n'a rien de pathologique — s'il n'a présenté à aucun moment des complications infectieuses, ou tout au moins si elles ont été légères ou peu prolongées. Voici en effet ce qui se produit. Dans le cours de l'enfance et surtout à l'approche de la puberté, il se fait d'une part, une résorption très marquée du sphincter musculo-élastique, d'autre part, le gland se développe plus vite que le prépuce, il tend alors à faire éclater l'anneau qui ferme la gaine préputiale qui l'enserre et bride son expansion. Sa tâche est d'ailleurs facilitée par la résorption précitée et lorsque celle-ci est très prononcée, le gland ne trouve aucune résistance à vaincre. Par surcroît des traumatismes, ceux de la masturbation notamment, à laquelle se livrent la plupart des adolescents qui touchent à la puberté, aident encore à cette libération du gland. La résorption de la musculature de l'anneau préputial n'est généralement que partielle, elle s'arrête quand le prépuce peut être ramené facilement en arrière du gland. Mais dans un nombre de cas, assez notable, il se fait une résorption de tout le muscle péripénien du prépuce. Le prépuce n'a de ce fait aucune tonicité, il se reploie de lui-même en arrière et il reste dans cette situation. Les individus chez lesquels cette évolution se produit, ont souvent d'ailleurs un gland très

volumineux, affectant la forme d'un gros champignon. Son volume anormal qui a déterminé une distension exagérée de la musculature préputiale et qui tend à repousser en arrière le vêtement qui l'habille, d'une part et d'autre part la résorption complète des fibres lisses péri-péniennes, entraînent cette position si peu esthétique du prépuce. Dans un tel cas, si l'on pratiquait l'exérèse du prépuce à l'aide de notre procédé qui permet de bien voir sa couche profonde sur toute la hauteur, on ne trouverait pas, doublant son feuillet cutané et son feuillet muqueux, ce voile musculaire rougeâtre que forme le dartos préputial et qui s'observe si nettement au cours du plus grand nombre des posthectomies. Généralement, chez les individus qui avaient un phimosis congénital auquel s'est substitué peu à peu durant l'enfance, par suite de complications infectieuses, un phimosis acquis, la résorption du muscle péripénien se fait normalement, mais elle n'entraîne pas la possibilité de décalotter

Figure 1. — *Aspect de l'éversement et du dédoublement du prépuce qui suivent certaines circoncisions faites avec le procédé courant.*

puisqu'un nouveau phimosis a remplacé l'autre. Parfois même la disparition du muscle a été totale et le prépuce n'est maintenu en place que par l'anneau scléreux qui le tient appliqué sur le gland. Dans ce cas si l'on opère le phimosis *par le procédé courant,* quelque temps après l'intervention il se produit un éversement, un dédoublement, une mise à plat de ce qui reste du prépuce. Le feuillet muqueux forme en arrière du gland un bourrelet cylindrique, plus ou moins saillant, plus ou moins régulier, qui acquiert en partie l'aspect cutané et qui est assez disgracieux (fig. 1). Le gland reste évidemment découvert, ou quelquefois la portion la plus antérieure de ce bourrelet muqueux en recouvre la

couronne. Enfin chez d'autres sujets, la résorption de tout le dartos préputial s'est produite, mais la peau de la verge est généreuse, abondante et le dartos pénien est bien développé. Elle s'oppose alors au renversement et au dédoublement du prépuce après la posthectomie et le gland ne se découvre pas, ou si cela se produit ce n'est que partiellement.

Ces notions que je viens d'exposer ont une grande importance pratique, opératoire, car nous pouvons en déduire que pour faire une bonne posthectomie il faut garder soigneusement tout le feuillet cutané du prépuce. La peau que nous conserverons tout entière, s'opposera au renversement inesthétique de la muqueuse restante, ce qui ne manquerait pas de se faire si par hasard l'opéré n'avait plus de dartos préputial et si l'on recourait au procédé courant de la circoncision. Dans les cas où s'établissent cet éversement et ce dédoublement de ce qui reste du prépuce, j'ai pu souvent remarquer que la peau avait été très généreusement réséquée et que la muqueuse avait été timidement sectionnée, à peine au delà de l'anneau préputial rétréci, et cela résultait de ce que la peau et la muqueuse ne se correspondaient pas exactement en hauteur lors de la section du prépuce, pour une raison sur laquelle nous insisterons au moment voulu. La muqueuse exubérante tend donc à refouler le feuillet cutané en arrière et celui-ci en se rétractant entraîne la muqueuse. Voilà encore un mécanisme du renversement et du dédoublement préputial après la circoncision courante. Ces deux mécanismes peuvent d'ailleurs se superposer. Conserver toute la peau du prépuce, pour les raisons sur lesquelles nous venons d'insister, tel est le principe qui nous a guidé dans la conception de notre procédé de posthectomie esthétique. Ce respect absolu de la peau, combiné à une assez large résection de la muqueuse a en outre un énorme avantage au point de vue de la plastique. Il permet de réaliser une ligne de suture invaginée dont la cicatrice sera invisible.

J'en arrive maintenant après avoir exposé la constitution de l'anneau rétréci du phimosis congénital à l'étude de la brièveté du frein. Le frein est constamment trop court dans ce phimosis, ainsi que dans tout phimosis d'ailleurs. Par surcroît il va s'attacher très près de l'extrémité du gland. Il faudra donc poursuivre sa section au cours de la posthectomie jusqu'à ce que le gland soit parfaitement droit. Je n'ai pu découvrir une explication embryologique à cette malformation. Elle peut s'observer à l'état isolé ou accompagner des adhérences préputiales congénitales, de la même nature que celles qui se rencontrent si fréquemment dans cette variété de phimosis. Leur origine est inté-

ressante à étudier. Ces adhérences résultent de l'indivision en divers points de l'épithélium glando-préputial. On sait que cette couche cellulaire est due à la séparation que produit dans l'épais épithélium qui recouvre primitivement le gland, le soulèvement mésodermique qui constituera le prépuce. De telles adhérences ne devraient pas s'observer, même chez l'enfant porteur d'un phimosis congénital simple, car la division de l'épithélium balano-préputial est accomplie à la naissance, alors que la résorption du sphincter de l'orifice du prépuce se fait dans le cours de l'enfance. Et pourtant on les rencontre souvent. Dans certains cas, le phimosis congénital a disparu et elles seules demeurent ; c'est naturel puisque l'époque est depuis longtemps passée où elles pouvaient disparaître d'elles-mêmes. On se trouve donc en présence d'un arrêt de développement dont l'origine peut être rapportée fréquemment à une tare héréditaire (consanguinité, alcoolisme, syphilis). C'est aussi pourquoi les adhérences sont souvent familiales et atteignent plusieurs frères qui tous ont ou semblent avoir un phimosis, pour lequel ils sont opérés à tour de rôle. En réalité, leur phimosis congénital est souvent déjà disparu lorsqu'on les présente au chirurgien, mais les adhérences très nombreuses fixent le prépuce sur le gland en diverses régions de sa hauteur. On ne peut décalotter et l'on pose le diagnostic de phimosis, si l'examen a été superficiel et rapide.

Retterer et Neuville (séance du 16 décembre 1916 de la Société de Biologie), ont attiré l'attention sur cette constatation que souvent chez le bœuf — et à la différence du taureau — le gland reste adhérent au prépuce. La persistance de cet état embryonnaire serait due à l'absence de testicules chez le bœuf et ces auteurs recommandent d'examiner la situation et le développement de ces glandes quand chez l'homme on constate des adhérences. C'est ce que j'ai fait chez les enfants présentant des adhérences congénitales associées ou non à un phimosis congénital. Je n'ai pas remarqué que l'ectopie testiculaire et l'insuffisance de développement des testicules étaient plus fréquentes chez ces enfants-là. Comme je l'ai dit, l'origine doit plutôt en être recherchée chez les parents (alcoolisme et consanguinité surtout, tuberculose aussi).

Ces adhérences qu'il faut soigneusement détruire et qui sont dans beaucoup de cas très étendues peuvent l'être très peu ; on les trouve surtout alors au niveau de la couronne du gland. Elles peuvent être difficiles à rompre et il faut parfois isoler au bistouri la surface où elles s'attachent ou bien leur plan de clivage s'ouvre sans grande peine.

A côté du phimosis congénital que le chirurgien opère quelquefois pour lui-même mais plutôt pour les complications qu'il entraîne, se place

le phimosis acquis, qui presque toujours n'est qu'une modification du phimosis congénital. Il peut néanmoins comme nous le verrons, s'établir chez un sujet qui n'avait aucun phimosis préexistant. C'est lui qu'on observe couramment chez les enfants dans la seconde enfance, chez les adolescents et chez les jeunes gens et c'est pour le supprimer qu'on pratique la plupart des posthectomies. Il résulte donc de la transformation du phimosis congénital sous l'influence de balano-posthites subaiguës répétées ou d'une balano-posthite chronique. On se rappelle que la balano-posthite est l'inflammation du gland (balanite) et du prépuce (posthite). Sa principale cause chez l'enfant, est le phimosis congénital qui détermine une rétention dans la cavité préputiale des secrétions normales et aussi d'une petite quantité d'urine au moment des mictions. L'accumulation de ces produits qui ne peuvent que difficilement et partiellement s'évacuer engendre l'infection et la suppuration qui se communiquent par contiguité au gland et au prépuce. En raison de la position pendante habituelle de la verge le pus vient stagner à l'orifice préputial rétréci. C'est donc là que le prépuce présentera le maximum de lésions. Il se formera peu à peu en ce point déclive, un anneau scléreux, plus ou moins serré, inextensible. Si l'on palpe l'orifice préputial en le faisant rouler entre la pulpe du pouce et celle de l'index on sent un véritable cordon fibreux circulaire, constituant le limbe du prépuce. Ce n'est plus l'orifice étroit, résistant, mais souple du phimosis congénital et l'on comprend tout de suite que ce cordon dur est indilatable et qu'on ne peut agrandir cet anneau par la dilatation brutale qu'en le faisant éclater. Par contre on peut concevoir que la dilatation forcée dans le phimosis congénital peut s'exécuter sans grande peine ; le sphincter du dartos préputial n'offre qu'une résistance relative. Cette dilatation pourrait d'ailleurs théoriquement et même pratiquement suffire à supprimer le phimosis pour toujours. Mais on a rarement l'occasion d'intervenir pour un phimosis congénital simple, la plupart du temps lorsqu'on présente l'enfant au médecin des complications infectieuses sont installées et l'anneau scléreux du phimosis acquis est en voie de constitution. Le phimosis relève alors de la posthectomie et non plus de la simple distention forcée car c'est une méthode déplorable pour traiter le phimosis acquis. La dilatation rompt l'anneau en plusieurs points. Les plaies de rupture en se réparant donnent un tissu cicatriciel très dur et l'on a finalement un phimosis reconstitué beaucoup plus étroit et plus scléreux que le premier. On comprend que le phimosis acquis ne guérira jamais spontanément même si par un traitement on guérissait la balano-posthite qui l'a déterminé. De Courcelles, ce chirurgien du 18e

siècle que j'ai nommé au début de ce chapitre, distinguait déjà à cette époque (1756) un phimosis congénital qu'il appelait *naturel*, et un phimosis *accidentel*. En outre il avait remarqué que l'un disparaissait spontanément et l'autre seulement à l'aide de la chirurgie. Il écrit dans son *Manuel de Chirurgie :* « Le Phimosis peut être naturel, comme dans ceux qui sont nés avec l'ouverture du prépuce trop étroite ; ou accidentel, et causé par l'inflammation et le boursouflement de la verge, les chancres ou les ulcères du gland, etc.... Le phimosis naturel se guérit assez ordinairement sans le secours de l'art, parce que le prépuce preste et s'élargit à mesure que l'on grandit ». Et parlant du phimosis acquis, ou phimosis accidentel il écrit : « On ne peut dans ce cas-là faire cesser l'étranglement et les accidents qu'en élargissant l'orifice du prépuce. » La balanite qui cause le phimosis acquis guérit souvent toute seule et le phimosis persiste jusqu'au jour où l'on fait une posthectomie. Ajoutons qu'aucun traitement médical ne peut assouplir ou supprimer l'anneau qui dans beaucoup de cas se resserre de plus en plus car la balanite aggrave le phimosis et le phimosis augmente la balanite. C'est un cercle vicieux dont on ne peut se dégager que par l'intervention qui ne sera exécutée, s'il existe encore de la balanite, que lorsque celle-ci aura été complètement « refroidie », afin d'opérer dans des tissus aussi désinfectés que possible.

Comme dans le phimosis congénital, dans le phimosis acquis on observe une brièveté du frein. Elle est le reliquat du phimosis congénital antérieur s'il s'agit du phimosis acquis des jeunes enfants. Dans les rares cas où le phimosis acquis ne découle pas d'un phimosis congénital, il semble bien que l'on rencontre pareillement un frein très court, à un moindre degré toutefois semble-t-il. Là, comme cause, on ne peut invoquer que l'influence prolongée de la balano-posthite sur cette partie délicate du gland. Les adhérences préputiales sont de même très fréquentes dans le phimosis acquis. Elles sont alors d'origine inflammatoire ; mais si l'on est en présence du phimosis acquis ayant succédé à un phimosis congénital, les deux variétés d'adhérences peuvent coexister sans qu'il soit possible, à la vue, de les distinguer l'une de l'autre. Les adhérences inflammatoires sont comme les adhérences congénitales très variables au point de vue de leur étendue et de leur solidité. Si l'inflammation a été très vive ou d'une longue durée elles sont laborieuses à rompre et il faut s'armer du bistouri pour y parvenir. Ainsi le phimosis congénital et le phimosis acquis de l'enfant sont les deux principales indications de la posthectomie. Mais ces deux genres de phimosis, même le second, sont comme nous l'avons déjà dit excep-

tionnellement opérés pour eux-mêmes. Ce sont les complications qu'ils entraînent qui les livrent au chirurgien. Ces complications sont nombreuses, variées, et certaines sont si importantes que je veux leur réserver un chapitre spécial qui sera le prochain. Disons cependant dès maintenant qu'elles sont locales ou générales, se produisant alors à distance : les premières sont les plus fréquentes et tout de suite elles sont rapportées au phimosis par les parents et le médecin ce qui n'a pas toujours lieu pour les autres. Théoriquement, on ne devrait pas opérer le phimosis congénital non compliqué puisqu'il évolue naturellement vers la guérison. Il n'est d'aucune gêne pour l'enfant, la seule qu'il pourrait entraîner, ce serait dans le coït, or l'enfant ne s'y livre pas. Pourtant quelques parents — en petit nombre il est vrai, les parents surveillant peu les organes génitaux de leurs enfants — remarquent que leur fils ne peut décalotter. Ils l'amènent alors au médecin car cette infériorité les tracasse ; ils craignent qu'elle ne persiste. Ils ne croiraient guère le médecin s'il leur assurait que cette disposition du prépuce « s'arrangera » toute seule et en fin de compte le praticien intervient, sans remords d'ailleurs, car l'opération est bénigne et il entrevoit les complications infectieuses possibles, qui feront un jour de ce phimosis congénital un phimosis acquis. C'est alors le cas, comme je l'ai fait observer un peu plus haut en parlant de la distension de l'anneau préputial, de préférer cette dilatation forcée à la posthectomie. Le phimosis acquis non compliqué apparu à la suite du phimosis congénital s'opère beaucoup plus souvent que le dernier. Dans ce cas la balanite qui lui a donné naissance s'est apaisée et le sujet est porteur d'un phimosis silencieux qu'il pourrait garder, sans aucun ennui notable, toute sa vie. L'infection a produit des adhérences préputiales étendues et la balanite s'est éteinte faute de terrain pour continuer de vivre. Il s'agit alors d'adultes jeunes et même de vieillards. Les jeunes hommes apportent au médecin leur phimosis parce qu'ils redoutent qu'il ne rende douloureux le coït qu'ils brûlent d'accomplir ou bien ils l'ont déjà tenté mais celui-ci a été fort pénible. Ils décident donc de se débarrasser au plus vite d'un organe si gênant. Il arrive encore que le coït n'a pas été douloureux mais ils n'ont pas été sans se rendre compte que le prépuce est moins apte que le gland à recueillir les sensations agréables et c'est pour effectuer le coït à découvert qu'ils demandent l'exérèse de leur prépuce et le chirurgien ne peut leur refuser la possibilité de percevoir au maximum des jouissances auxquelles ils ont tout le droit de prétendre. Plus rarement ce sont des adultes âgés et même des vieillards qui ont vécu en bonne intelligence avec un

très ancien phimosis, resté silencieux, qui au déclin de leur vie demandent au médecin de leur supprimer. J'ai ainsi opéré un de mes amis, âgé de près de soixante ans. Son phimosis naturel de la première enfance s'était transformé en phimosis acquis très étroit — ce qui disons-le en passant n'avait pas été un obstacle à la fécondation, comme d'aucuns ont pu le prétendre, car il avait plusieurs enfants qu'il y avait tout lieu de considérer comme les siens — un jour il me pria de le circoncire car n'ayant jamais vu son gland, il souhaitait le contempler avant de mourir et parce que, raison plus sérieuse, son appétit génital d'habitude très vorace déclinait depuis quelque temps. Il espérait retrouver quand il pourrait effectuer le coït à découvert. Chez lui les rapports n'avaient jamais été douloureux et sans ces préoccupations spécieuses, il aurait pu conserver son phimosis. Ajoutons pour les esprits curieux qui aiment connaître la fin de tout événement, que la posthectomie qu'il avait réclamée avec tant d'insistance, ne lui dispensa pas complètement ce qu'il en attendait. Il put faire connaissance avec son gland, mais le repos génital qui lui fut imposé, durant deux semaines, par l'intervention, lui fit perdre tout son entraînement et en fin de compte ses capacités génitales étaient beaucoup plus modestes qu'auparavant. En opérant ce malade, j'ai trouvé des adhérences préputiales très étendues et d'une extrême solidité ; les unes étaient congénitales les autres inflammatoires.

Le phimosis acquis dont j'ai parlé jusqu'à présent est celui qu'on observe et qu'on opère chez les enfants, les adolescents, les jeunes hommes, et beaucoup plus rarement chez les individus âgés, ainsi que je viens de le faire remarquer et qui provient d'un phimosis naturel modifié par des phénomènes inflammatoires acquis, qui ne se rencontrent que chez l'adulte et dont l'origine est très spéciale. Je vais étudier maintenant toute une série de phimosis acquis qui ne se rencontrent que chez l'adulte et dont l'origine est bien spéciale. Ces phimosis sont très souvent transitoires, mais ils peuvent se transformer en phimosis définitifs. Ils s'observent chez des sujets qui antérieurement avaient un orifice préputial large et décalottaient sans difficulté. Transitoires ou définitifs — mais presque uniquement dans ce dernier cas — ils sont justiciables de la posthectomie. Ils sont loin d'être aussi fréquents que le phimosis acquis de l'enfant ; le praticien a cependant l'occasion de les rencontrer de temps à autre et le choix de la conduite qu'il y a lieu de tenir au point de vue opératoire, peut le préoccuper. Ces phimosis sont des phimosis aigus qui résultent de balano-posthites de causes très diverses, mais qui ne sont plus la balanite ordinaire de l'enfance. Elles proviennent d'affections particulières à l'adulte qui sont très souvent vé-

nériennes. Exceptionnellement ces phimosis aigus deviennent définitifs par suite des lésions cicatricielles résultant de l'inflammation primitive. En premier lieu, l'uréthrite gonoccocique aiguë, lorsque l'écoulement est très intense et très virulent, s'accompagne de phénomènes inflammatoires du prépuce et du gland, dus au contact du pus abondant, qui déterminent un phimosis extrêmement serré et douloureux. La syphilis à toutes les périodes mais surtout lors de l'accident primitif et quand le chancre induré siège au niveau de la face muqueuse du prépuce, sur le frein ou sur la couronne du gland, peut engendrer une balano-posthite suppurée qui cause un phimosis invincible, qui s'oppose à la recherche du chancre. Le malade présente un œdème qui tuméfie considérablement le prépuce et donne à la verge l'aspect d'un « battant de cloche » L'orifice préputial est rouge et laisse écouler généreusement, un pus épais. La plus légère tentative de décallottement est pénible et n'aboutit à rien. La palpation méthodique du prépuce, en ses diverses régions, entre les deux index, permet souvent de reconnaître en un point, une induration profonde limitée, qui correspond au chancre. Ce phimosis résiste aux bains et aux lavages et il faut sans hésiter intervenir aussitôt pour mettre au jour ce clapier purulent que forme la cavité préputiale, et dans ce cas, comme lorsqu'il s'agit du phimosis dû à l'uréthrite blennorrhagique aiguë, il faut préférer à la posthectomie, la simple incision du prépuce. La posthectomie qui est préférée par certains a évidemment quelques avantages, mais avant tout des inconvénients sérieux ; elle met au jour largement les lésions ; elle en réalise l'ablation même parfois ; elle supprime la cavité préputiale et elle prévient le phimosis tardif, cicatriciel. Mais elle se fait dans des tissus infectés qui auront beaucoup de peine à se cicatriser par première intention. Les cicatrices pourront de ce fait être dures, scléreuses et longtemps sensibles. En outre, elle ne peut se faire que par le procédé courant, dont les résultats seront dans ce cas particulièrement inesthétiques car on devra réaliser une exérèse presque complète du prépuce. Puis les douleurs sont très vives durant les premiers jours qui suivent l'opération et plus tard le sujet est condamné à avoir toujours le gland découvert. C'est pourquoi nous préférons à la posthectomie, l'incision dorsale du prépuce. Elle se fait aux ciseaux, sur la ligne médiane ou plutôt un peu en dehors. C'est là que la faisaient les anciens chirurgiens ; ils évitaient le milieu du prépuce « à cause de l'hémorragie qui pourrait suivre la section des vaisseaux qui sont plus considérables à cet endroit-là » Cette petite précaution peut n'être pas superflue, les tissus infectés ayant tendance à saigner abondamment. L'incision, de plus, ne devra pas atteindre autant que possi-

ble le sillon balano-préputial car il faut se réserver pour la posthectomie, que l'on devra pratiquer plus tard, une bonne collerette de prépuce, afin qu'elle puisse être esthétique. L'incision poursuivie jusqu'à la moitié de la hauteur du prépuce est généralement suffisante pour permettre de décalotter sans peine, en tous cas si malgré cela l'on ne pouvait ramener complètement le prépuce en arrière du gland, les bains répétés suffiraient à guérir rapidement la balano-posthite et le phimosis insuffisamment débridé.

Le chancre mixte et le chancre mou peuvent évidemment déterminer une balano-posthite intense qui crée les mêmes ennuis. La conduite thérapeutique qu'il y a lieu de tenir est absolument la même. Le chancre mou, en raison de sa multiplicité, semble particulièrement apte à créer un phimosis tardif cicatriciel indépendamment du phimosis aigu primitif que la balanite peut produire. Ce phimosis inflammatoire ne s'observe pas d'ailleurs et l'on peut néanmoins avoir un phimosis tardif dû à la cicatrisation des chancres eux-mêmes. Nous croyons bien avoir observé un pareil cas. Il s'agissait d'un sujet qui durant la guerre avait présenté sur la face muqueuse de son prépuce une éclosion de chancres mous ; quelques années plus tard, durant un repos génital prolongé imposé par une grossesse de sa femme, il vit peu à peu se développer un anneau fibreux sur la ligne où avaient évolué ses chancres mous. Il présenta bientôt un phimosis large dont l'anneau ne siégeait donc pas, comme chez les enfants porteurs d'un phimosis acquis, au niveau du limbe préputial, mais environ à la limite inférieure de la moitié supérieure du prépuce. On peut penser que la cicatrice des chancres, s'était maintenue souple jusqu'à l'époque du repos génital, par suite du massage quotidien que lui dispensait le coït. Quand celui-ci cessa pour de longs mois, la zone cicatricielle dut se rétracter et se scléroser petit à petit. J'ai fait à ce malade, qui avait horreur de la circoncision, une posthectomie conservatrice.

Les plaques muqueuses peuvent tout comme l'accident primitif, entraîner une balano-posthite, génératrice d'un phimosis aigu. Il en est de même pour certaines lésions tertiaires du gland et du prépuce (gommes ulcérées), ainsi que pour d'autres affections vénériennes : herpès, balanite érosive circinée, balano-posthite ulcéreuse de Ducasel.

Les stagnations d'une urine infectée chez un urinaire, des lésions néoplasiques du gland et du prépuce, plus rarement des plaques diphtériques ont pu amener une balanite et un phimosis inflammatoires. Dans tous ces cas l'intervention la meilleure est l'incision dorsale du prépuce.

S'il s'agit d'un cancer, l'incision dorsale n'est que l'acte préparatoire désinfectant d'une intervention radicale.

On sait que le diabète détermine souvent un phimosis dû à l'influence de l'urine sucrée irritante ; les microbes cultivent à foison dans cette urine stagnante par suite du phimosis et une balano-posthite se déclare. Alors il y a lieu de recourir à l'incision dorsale du prépuce ; quelque temps après on pourra faire une posthectomie par le procédé courant mais en réséquant largement le prépuce afin de supprimer toute la cavité préputiale. Il m'est arrivé d'observer chez l'adulte âgé des balano-posthites subaiguës ou chroniques qui faisaient, à première vue, songer à une balanite diabétique, mais l'analyse de l'urine ne décelait pas la glucose. Elles réalisaient peu à peu un phimosis large, et ne s'accompagnaient pas de suppuration mais d'un suintement diffus, léger. La muqueuse préputiale était pâle, comme lavée, et cartonnée. Je n'ai pu découvrir l'origine de ces balano-posthites. J'ai fait alors une résection en triangle de la partie médiane de la face dorsale du prépuce, la base du triangle correspondant au bord du prépuce. Après l'intervention le bord préputial est échancré par un V et on réalise l'affrontement de la muqueuse et de la peau par quelques serres-fines. Le phimosis est ainsi supprimé et le résultat tardif est bon quant à l'esthétique car peu à peu chacune des branches du V s'horizontalisent et l'orifice du prépuce est à peu de chose près régulier et très élargi. La balanite guérit rapidement après cette intervention.

Chez l'enfant et l'adulte jeune qui n'ont pas de phimosis on peut observer des balanites subaiguës qui se répètent ou des balanites chroniques (peut-être dues aux attouchements par les mains sales) qui peuvent à la longue créer un phimosis cicatriciel définitif qui relèvera de la posthectomie. Fréquemment ces balanites n'ont aucune tendance à réaliser un phimosis, mais on n'en aura raison que par une opération.

Toutes ces balano-posthites d'origines si diverses, dont j'a parlé en premier lieu, qui se compliquent de phimosis inflammatoire aigu peuvent comme je l'ai déjà signalé causer plus ou moins tardivement un phimosis définitif, et cela même après une période où le sujet a pu décalotter facilement. Ces phimosis sont habituellement des phimosis larges ; ils seront traités par la posthectomie ou par la résection en V de la face supérieure du prépuce, si le sujet est très âgé.

Toutes ces balano-posthites d'origines si diverses, dont j'ai parlé en est dû à une balano-posthite qui succède à une circoncision rituelle ou à une posthectomie. Le premier cas se voit rarement car l'exérèse du prépuce a été si large, qu'il ne reste plus d'étoffe suffisante pour que la

balanite secondaire qui est très fréquente dans cette circoncision puisse constituer un phimosis. Ce phimosis particulier se voit toujours comme suite d'une posthectomie faite par un débutant par le procédé habituel. Celui-ci trop timoré, trop timide a réséqué trop peu de prépuce. Par suite de la position défectueuse de sa pince, il n'a pas retranché assez de peau et encore moins de muqueuse, celle-ci se trouvant sectionnée tout juste au-dessous de l'anneau fibreux. Le gland a pu cependant être facilement découvert pendant l'opération. Une suppuration abondante ou légère s'installe et se prolonge et l'opérateur voit avec effroi se constituer un nouveau phimosis beaucoup plus serré que le premier. Il décide alors de le traiter par la dilatation, manœuvre très mauvaise comme nous l'avons expliqué. Le phimosis se rétrécit donc encore et l'orifice préputial ne forme plus qu'un pertuis infime. Les ennuis du débutant sont au comble. J'ai eu l'occasion de voir de nombreux cas semblables, et pour l'un d'eux l'opérateur n'était pas, paraît-il un débutant, mais un spécialiste (?). L'enfant qu'il avait opéré pour un phimosis congénital, offrait un phimosis acquis rétréci au maximum. Pour uriner il était obligé de pousser au point d'y gagner une hernie et à chaque miction la cavité préputiale se distendait en une volumineuse poche. En outre, l'orifice préputial était décalé par rapport à lorifice du méat (ce défaut de parallélisme de ces deux orifices se voit rarement dans les autres phimosis) ; l'enfant urinait obliquement et sur ses vêtements. On ne pouvait pas imaginer de plus mauvais résultat opératoire et cependant les parents avaient longtemps cru que c'était là le résultat thérapeutique normal d'une bonne circoncision. Après l'intervention la suppuration du prépuce avait duré pendant plus d'un mois, elle avait été très abondante et avait nécessité des pansements quotidiens. Il faut sans conteste opérer à nouveau ces phimosis d'un genre particulier et cela est très facile car la timidité du premier opérateur qui a causé son malheur, fait votre bonheur opératoire. Il vous reste toute l'étoffe tissulaire nécessaire pour exécuter une posthectomie esthétique. Cependant dans l'observation que je viens de rapporter, la balano-posthite avait déterminé de sérieuses lésions cicatricielles qui m'ont beaucoup gêné pour effectuer la posthectomie conservatrice. La dilatation de l'anneau a été pénible et l'affrontement des branches épaisses et dures de la peau et de la muqueuse n'a pu être impeccable. Cela n'avait d'ailleurs d'importance qu'à ce moment, car les tissus s'assouplirent après la seconde circoncision et le résultat final fut excellent à tous points de vue.

J'en ai maintenant terminé avec les phimosis et j'aborde l'étude d'une malformation et d'affection du prépuce qui nécessitent la posthectomie

et qu'on observe beaucoup plus rarement que le phimosis. Cette malformation du prépuce se rencontre souvent et par elle-même ou par ses complications, relève de la posthectomie. Elle est constituée par ce que je nommerai *le prépuce à trompe* que certains auteurs, appellent *l'allongement hypertrophique du prépuce*. C'est un prépuce très long qui se prolonge de plusieurs centimètres au-delà du gland Il peut accompagner bien entendu le phimosis congénital, et aussi le phimosis acquis, mais c'est à l'état autonome qu'on le rencontre dans la majorité des cas. Ce prépuce n'est pas beau, voilà donc une première raison de le supprimer. Ensuite il détermine parfois une balano-posthite subaiguë ou chronique, qui peut entraîner un phimosis acquis définitif. Mais ce n'est pas là sa véritable complication, *c'est l'incontinence nocturne d'urine*. Par suite d'une irritation due à une légère balanite ou simplement à la simple exubérance du prépuce il se produit une excitation réflexe de la vessie qui se traduit par l'incontinence. En conséquence les enfants qui sont affligés d'un tel prépuce et chez lesquels on a éliminé toutes les autres causes d'incontinence doivent subir la posthectomie. Avant de les opérer, on aura notamment recherché si leurs urines ne sont pas neutres ou alcalines car c'est là une cause très répandue comme l'a démontré Zuber, de l'incontinence nocturne. Ces enfants qui ont un prépuce à trompe s'adonnent encore bien souvent à la masturbation intensive ou à des attouchements répétés, ce qui n'est pas sans attirer l'attention des parents Ils conduisent donc l'enfant au médecin pour qu'il le guérisse de son incontinence et de ses habitudes nocives. Ils affectent alors quelquefois une atttitude assez piquante. Ils sont un peu dans l'état d'esprit de Pantagruel après la mort de sa femme, qui ne savait trop s'il devait se consoler ou s'attrister de ce décès — ces parents ne savent s'ils doivent s'émerveiller de la précocité génitale de leur rejeton ou bien s'alarmer de la fatigue que n'est pas sans leur causer la masturbation à haute dose Il faut leur expliquer que la posthectomie amènera très probablement la guérison de l'incontinence d'urine, mais qu'elle n'aura aucun effet sur le reste. La cause de l'irritation réflexe de la vessie disparaîtra et avec elle l'incontinence ; le chatouillement continu du bout de la verge qui leur fit porter pour la première fois les mains en ce lieu se dissipera lui aussi, mais ces enfants ont appris à se masturber. Ils persistent à se livrer à cette pratique, quoique la raison primitive en soit supprimée. Elle est toutefois moins active qu'avant l'intervention. Il faut bien préciser toutes ces choses aux parents, car ils sont quelquefois étonnés de ne pas voir les habitudes solitaires de leur progéniture disparaître avec l'incontinence. Même lorsque ces prépuces à trompe ne présentent pas de telles

complications, il faut les opérer pour supprimer les tissus en excès, car ils sont inélégants ; ils sont vraiment trop longs et leur pointe s'élargit parfois en sorte de plateau d's racieux. Les parents demandent alors exceptionnellement au médecin de supprimer « cette peau exubérante. Le médecin observe donc ces prépuces au cours d'un examen pour une affection quelconque (hernie, hydrocèle, appendicite). Il est bon d'inciter les parents à faire opérer l'enfant, tant pour donner à la verge un bel aspect que pour éviter des balanites presque fatales. Le chirurgien aura la partie belle, il lui sera loisible de donner au prépuce la longueur optima, celle que préfèrent les artistes, c'est-à-dire qu'il amènera le prépuce par la posthectomie conservatrice, à effleurer la pointe du gland. Si la trompe est très longue il sera obligé pour ne pas en produire un simple raccourcissement de placer sa première Kocher au milieu de celle-ci. S'il préférait obtenir un prépuce, qui recouvre seulement les deux tiers postérieurs du gland et cet aspect est préféré par certains, il n'aurait qu'à mettre sa première Kocher à la base même de la trompe.

J'en arrive pour finir, a des indications très rares de la posthectomie. Les tumeurs bénignes du prépuce peuvent nécessiter cette opération. La plus fréquente est représentée par les papillomes ou les végétations qui se développent sur sa face muqueuse ou sur sa face cutanée. Dans ce dernier cas elles siègent souvent au voisinage de l'orifice préputial et parfois elles débordent sur la pointe du gland. Elles peuvent s'infecter, engendrer une balano-posthite, et causer un phimosis. Pour elles ,il faut préférer la posthectomie à la destruction par l'étincelage qui demande plusieurs séances et ne met pas à l'abri la récidive qui se voit avec fréquence. Si les papillomes s'étaient développés dans la région supérieure de la face interne du prépuce, il faudrait préférer l'électro-coagulation à la posthectomie, car l'exérèse du prépuce devrait être totale, ce qu'il faut éviter à tout prix au nom de l'esthétique.

Les autres tumeurs bénignes du prépuce (kyste congénital du raphé, kyste sébacé, angiome, lipome, etc) ne seront justiciables de la posthectomie que s'ils siègent près de l'orifice du prépuce. Dans les autres régions, on les opérera sans réséquer de prépuce, à moins que par leur volume, ils nécessitent une posthectomie totale.

Les tumeurs malignes du prépuce ne relèvent de la posthectomie qu'à leur début, quand elles n'ont pas déterminé d'adnéopathie dans le triangle de Scarpa, d'envahissement ou de métastases. Dans ce cas la posthectomie sera très large, on la fera par le procédé courant, elle sera un traitement d'attente et servira au diagnostic en prélevant la lésion pour l'examen histologique. On peut concevoir encore qu'un cancer d'un pré-

puce au début traité par le radium ou les rayons X laisse en guérissant des cicatrices rétractiles qui peuvent créer un phimosis acquis, justiciable alors de posthectomie, les adherences préputiales isolées, c'est-à-dire sans phimosis concomitant seront traitées par la posthectomie, dans le cas assez rare, où elles se reproduisent malgré leur destruction faite à de multiples reprises. Ce sera la postnectomie totale par le procédé courant qu'on sera sans doute obligé d employer, puisqu'elles siègent presque toujours à la hauteur de la couronne du gland.

Enfin le paraphimosis est une indication de la posthectomie. Quand on vient de le réduire soit par le taxis (ce qui est très fréquemment suffisant), soit par la section de l'anneau, on peut faire suivre la réduction, d'une circoncision afin de prévenir la récidive et de réparer le prépuce sectionné. La posthectomie est facile malgré l'œdème des tissus et elle donne de bons résultats Si le paraphimosis était très infecté il faudrait préférer la faire quelques semaines plus tard après nettoiement complet de la région. C'est la solution que nous préférons dans tous les cas. Lorsqu'on est obligé pour réduire un paraphimosis de faire la section de l'anneau il faut la faire profonde mais peu étendue en hauteur car on a ensuite une encoche très marquée du bord du prépuce qui gêne pour exécuter une posthectomie esthétique. C'st une cause encore pour laquelle il faut (à moins de cas où elle s'impose d emblée comme inutile), s acharner à réduire le paraphimosis par le taxis et non par la section de la bride.

Je terminerai ce chapitre en signalant une indication très spéciale de la postnectomie, dont je ne parlerais même pas si un médecin ne l'avait préconisée en y attachant une grosse importance. Cette indication peut être qualifiée de *sociale* et nous dirons que nous la rejetons sans aucune hesitation. Le Dr Claparède dans sa thèse de doctorat (1858) intitulée. « La Circoncision de son importance dans la famille et dans l'Etat » soutient que l'exérèse du prépuce comme la vaccination doit être patronnée et exigée par l'état, chez tous les nouveau-nés du sexe mâle. Il affirme que cette circoncision préventive ou générale restreindrait la syphilis « un des plus grands fléaux de l'humanité » en rendant beaucoup plus difficile la contagion du mal vénérien et qu'elle serait un obstacle très efficace à la masturbation « ce vice qui perd la jeunesse ». Dans l'élément chrétien, nous dit le Dr Claparède, chez un grand nombre d'individus on observe les traits indécis, la ligne heurtée,

le regard terne constituant ce qu'on appelle le type socratique, et voyant dit-il ces faces aplaties, ces regards sans pénétration, ces nez épatés, on sent que la syphilis est passée par là. Les éléments chrétiens dégénèrent ajoute-t-il, tandis que les éléments israëlites se maintiennent sans trace aucune de dégénérescence. Il prétend de plus que le prépuce favorise grandement les pertes séminales nocturnes, qui causent sucessivement l'impuissance, la mélancolie et le suicide. Pour toutes ces raisons le Dr Claparède croit que la circoncision pratiquée sous la férule de l'Etat le même jour que la vaccination chez tous les jeunes mâles améliorera grandement la race et la santé publique.

Il est certain que la contagion vénérienne s'effectue moins facilement chez les circoncis que chez les incirconcis dont le prépuce présente fréquemment de très minimes ulcérations traumatiques infectées, mais est-il prouvé cependant que, chez les Juifs, il y ait moins de syphilitiques que chez les chrétiens. Et puis, à notre époque où la prophylaxie de la syphilis et son traitement surtout se sont perfectionnés, cette question de la contagion a bien moins d'importance. Nous ne pouvons donc retenir la circoncision comme moyen prophylactique de la syphilis. Nous ne croyons plus que le prépuce puisse déterminer des pertes séminales et quant à la masturbation « cet autre fléau de la jeunesse», je ne crois pas qu'une circoncision précoce la supprimerait, tout au plus en retarderait-elle un peu l'heure de son apparition. Et puis cause-t-elle les dégâts importants que proclame le Dr Claparède, nous ne le pensons pas non plus, car s'il en était ainsi l'humanité serait dans un pitoyable état. La posthectomie sociale devrait être une posthectomie totale car pour atteindre sûrement les buts désirés par le Dr Claparède, le prépuce devrait être réséqué en totalité. Tous les hommes seraient donc condamnés à subir cet aspect si peu esthétique pour leur verge. Quelle calamité ! Il y a 200 millions de circoncis sur la terre n'est-ce pas suffisant ? Je vais établir pour clore ce chapitre, que les nombreuses digressions que j'ai dû faire ont fort allongé une liste qui condensera les indications de la posthectomie classées à peu près dans leur ordre de fréquence et d'importance. En résumé ces indications sont les suivantes :

1°) *Le phimosis acquis simple ou compliqué,* des jeunes sujets, dérivé du phimosis congénital (indication très fréquente).

2°) *Le phimosis congénital compliqué* (indication fréquente).

3°) *Le phimosis congénital simple* (indication exceptionnelle, préférer la dilatation brusque du sphincter de l'anneau préputial).

4°) *Le prépuce à trompe simple ou compliqué* (indication assez fréquente).

5°) Les balanites subaiguës à répétition ou chroniques du prépuce normalement constitué (enfant ou adulte).

6°) Le phimosis acquis définitf occasionné par une balanite apparaissant à la suite d'une circoncision rituelle ou d'une circoncision médicale.

7°) Le paraphimosis.

8°) Le phimosis qui succède chez l'enfant ou chez l'adulte dont l'ouverture du prépuce était naturelle à une balanite subaiguë ou chronique.

9°) *Le phimosis inflammatoire aigu* des adultes dû à des lésions suppuratives du prépuce, vénériennes ou autres, (indication rare, préférer l'incision dorsale du prépuce).

10°) Le phimosis acquis définitif, dérivé du précédent.

11°) Les tumeurs bénignes du prépuce siégeant à l'orifice préputial (papillomes surtout).

12°) Les tumeurs malignes du prépuce au début.

CHAPITRE V

LES COMPLICATIONS DU PHIMOSIS

Le phimosis peut occasionner des troubles nombreux et variés. Les uns sont des accidents locaux, ils apparaissent au niveau du prépuce ou tout au moins dans la zone uro-génitale ; les autres sont des accidents généraux, ils se produisent à distance. L'origine de ces derniers peut être très difficile à dépister, car l'attention du médecin n'est pas attirée vers le prépuce. Nous étudierons les uns et les autres successivement.

Troubles locaux. — Citons en premier lieu les difficultés de la miction. Il faut que le phimosis soit très étroit pour que l'écoulement de l'urine soit entravé. Si l'orifice préputial est punctiforme, l'enfant est obligé de pousser et l'urine s'écoule goutte à goutte ou par un mince filet après avoir distendu le prépuce en une poche plus ou moins volumineuse. La miction se fait parfois en deux temps ; dans une première phase la cavité préputiale se remplit d'urine, puis elle se vide ensuite lentement, quand la miction proprement dite est terminée. Ces troubles peuvent s'accompagner de douleurs. L'enfant redoute les mictions et pousse des cris lorsqu'elles s'accomplissent.

Dans quelques cas l'orifice du prépuce est assez large pour laisser passer facilement l'urine, mais il n'est pas dans l'axe du méat, il en résulte uniquement une modification de la forme et de la direction du jet. Très exceptionnellement ces difficultés de la miction entraînent une dilatation de l'urèthre et de la vessie. L'étroitesse de l'orifice préputial peut encore gêner l'éjaculation et de ce fait causer la stérilité. Le sperme s'écoule en bavant ou l'éjaculation se fait tout entière sous le prépuce. Philon d'Alexandrie a fait remarquer que la fertilité des races où la circoncision sévit est plus grande : et l'on sait que Louis XVI n'a pu féconder Marie-Antoinette qu'après avoir été opéré d'un phimosis.

Cette gêne de l'émission de l'urine et du sperme n'est pas toujours

dûe seulement à l'étroitesse de l'orifice du prépuce. Il existe assez souvent une atrésie du méat concomitante, et VIDAL DE CASSIS a signalé le cas d'un enfant dont tous les orifices naturels étaient rétrécis : prépuce, méat, bouche, glotte, anus, etc...

La stagnation de l'urine qui résulte de la peine qu'elle a à s'écouler et l'accumulation des produits de sécrétion. sont capables de déterminer la formation de calculs qui peuvent être volumineux ou très nombreux. DUMESNIL a extrait un calcul préputial gros comme un œuf de poule et pesant 225 grammes. On en a trouvé dans la chambre préputiale jusqu'à 400 et même 600. On a pu rencontrer aussi une sorte d'énorme calcul en forme de bague, remplissant tout le pourtour du sillon balano-préputial.

Le phimosis occasionne souvent encore des phénomènes inflammatoires, des balanos-posthites principalement qui sont aiguës, subaiguës ou chroniques. Dans la balano-posthite aiguë le prépuce est tuméfié, œdémateux, rouge et laisse suinter du pus en plus ou moins grande abondance. Il y a des douleurs spontanées et surtout lorsqu'on cherche à mobiliser le prépuce. Généralement la balano-posthite n'est que subaiguë. L'orifice préputial est un peu rouge et donne passage à un suintement plus ou moins purulent. Il y a des démangeaisons. Cette balanite guérit souvent d'elle-même, mais elle est sujette à des récidives répétées. S'il s'agit d'une balano-posthite chronique le prépuce, au niveau de son orifice, est épaissi et craquelé. Il existe simplement un suintement séro-purulent et la sensibilité est nulle. Les germes en cause sont généralement des saphylocoques, ou des streptocoques. Parfois les parents en voyant une suppuration abondante du prépuce pensent qu'il s'agit d'une blennorrhagie produite par des attouchements qu'on a fait subir à leur enfant. Le gonocoque d'ailleurs peut être le microbe de cette suppuration, sans pour cela qu'il s'agisse d'une contamination vénérienne.

J'ai expliqué, au chapitre précédent, que les balanos-posthites qui compliquent un phimosis congénital, le transforment bien souvent en phimosis acquis. Des balanites nouvelles peuvent d'ailleurs compliquer ce nouveau phimosis. L'infection du prépuce et du gland peut gagner l'urèthre et causer un rétrécissement de ce canal. Elle peut atteindre la vessie et déterminer une cystite et même se propager jusqu'au rein et donner naissance à une pyélo-néphrite subaiguë ou chronique.

Les phénomènes inflammatoires chroniques du phimosis sont susceptibles d'engendrer une sorte d'éléphantiasis du prépuce, c'est le *prépuce gras de* LANOS, ou *phimosis éléphantiasique de* VELPEAU. Dans certains cas ils donnent au prépuce une consistance cartilagineuse ou encore ils

amènent une espèce de sclérème prépuțiale. Le gland semble recouvert d'une calotte de parchemin.

Les accidents inflammatoires du prépuce, peuvent enfin causer de l'eczéma ou de l'herpès de l'orifice préputial et même peuvent être l'origine de phlegmons de la verge, de gangrènes du pénis, de phlegmons gangréneux de la verge et des bourses, de phlébites ou d'adénites suppurées.

Chez les adultes ayant un phimosis, les fonctions génitales peuvent être fort troublées. J'ai signalé les difficultés de l'éjaculation et la stérilité qui peut en résulter. Le coït peut être pénible et même si douloureux qu'il ne peut être effectué. Le frein toujours trop court infléchit le gland pendant l'érection et peut la rendre très pénible. Au cours des rapports il se produit fréquemment des déchirures du frein, des éraillures de l'orifice préputial ou un paraphimosis si le phimosis est large. Ce phimosis est en effet à l'origine de tout paraphimosis et c'est le coït ou la masturbation qui ramènent l'anneau préputial en arrière du gland, où il se maintient déterminant les accidents que l'on connaît.

Chez l'adulte, le phimosis favorise, à n'en pas douter la contagion vénérienne. La syphilis et l'uréthrite gonococcique se gagnent plus facilement et la blennorrhagie se complique souvent d'une balano-posthite très intense. Les auteurs anglais ont insisté sur la fréquence du cancer du prépuce ou du gland chez les sujets porteurs d'un phimosis.

Il y a deux complications proches du phimosis sur lesquelles insistaient beaucoup les anciens auteurs; ce sont les hernies et l'hydrocèle. Les enfants ayant un phimosis présenteraient fréquemment, paraît-il, des hernies (inguinales, ombilicales ou de la ligne blanche). Je pense qu'il s'agit seulement d'une coïncidence, la hernie étant très fréquemment rencontrée chez les enfants. Ces hernies résulteraient de l'effort que doit faire l'enfant pour uriner et la contraction de la paroi abdominale pousserait l'intestin ou l'épiploon dans le canal vagino-péritonéal, demeuré perméable, dans l'anneau ombilical non obstrué, ou à travers des points faibles de la ligne blanche. Je ferai observer que le phimosis très serré qui oblige l'enfant à faire de grands efforts pour uriner est très rare et les anciens auteurs signalaient la hernie dans une proportion considérable chez les enfants ayant un phimosis. Ils rapportent même des cas de guérison de la hernie après la circoncision. Les mêmes causes pourraient aussi produire un prolapsus rectal. Quant à l'hydrocèle, signalée surtout par Jarjavay, elle serait due à une inflammation partie du prépuce et transmise à la vaginale par propagation de voisinage. Berger prétend qu'elle est causée par une compression des

vaisseaux du cordon à l'orifice interne de l'anneau inguinal, compression qui résulte des efforts répétés qui contractent les muscles de la paroi abdominale. On a aussi signalé, comme pour la hernie, la guérison de ces hydrocèles après la posthectomie. Tous ces faits sont bien contestables. Je pense que, là encore, il ne s'agit que de coïncidences dues au seul hasard. J'ai vu beaucoup d'enfants atteints de phimosis. Il ne m'a paru que ceux-ci présentaient plus particulièrement des hernies ou des hydrocèles.

Il est un accident local du phimosis très fréquent, incontestable, c'est l'incontinence nocturne d'urine. Le mécanisme est encore mal élucidé. Le phimosis crée sans doute un point d'irritation qui par voie réflexe sollicite la vessie à se contracter et à expulser l'urine qu'elle renferme. Souvent ces enfants n'ont même pas de phimosis mais un simple allongement hypertrophique du prépuce, auquel peut d'ailleurs se superposer un phimosis. La circoncision guérit rapidement cette incontinence. On a signalé aussi des rétentions d'urine chez les enfants qui ont un phimosis. Elles sont aussi d'origine réflexe et la posthectomie les fait cesser aussitôt. Il se produit encore fréquemment de la dysurie, due à un spasme uréthral réflexe.

Le phimosis peut entretenir un état d'éréthisme et d'hyperesthésie de la verge. Reliquet, in bull. Soc. de Méd. 1881, p. 32, a rapporté le cas d'un vieillard de 75 ans atteint de phimosis, chez qui la sensibilité du bout de la verge était extrême. Le contact de ses vêtements était très douloureux et pour protéger son pénis il le maintenait enfermé dans une boîte de fer blanc.

Le phimosis cause parfois un priapisme avec excitation du sens génital et éjaculation anticipée. On sait que chez l'enfant, il l'incline très fréquemment vers la masturbation intensive. Dans d'autres cas, c'est de l'anaphrodisie que l'on observe. D'ailleurs chez les sujets porteurs d'un phimosis, les sensations agréables du coït sont fort diminuées sans pour cela qu'il y ait de l'anaphrodisie vraie.

J'ai parlé longuement, au chapitre précédent, des adhérences qui s'observent presque toujours dans le phimosis. Elles peuvent engendrer des phénomènes douloureux au cours du coït, par suite des tiraillements qui s'exercent sur elle. J'ai dit qu'elles pouvaient exister sans phimosis et en empêchant de décalotter, simuler l'existence d'un phimosis (phimosis par symphyse des anciens auteurs).

Le plus grand nombre de toutes ces complications préputiales ou uro-génitales que je viens d'étudier, sont rarissimes et le praticien n'a guère l'occasion de les rencontrer. Il faut retenir que les plus fré-

quents sont les phénomènes inflammatoires (les balanos-posthites surtout) l'incontinence d'urine, le paraphimosis, les troubles génitaux, et les difficultés de la miction. Nous abordons maintenant l'étude des accidents génitaux ou à distance du phimosis. Ils sont tous très rares ; c'est pourquoi nous les signalerons rapidement. Pourtant, il faut les connaître pour pouvoir à l'occasion en découvrir l'origine, c'est-à-dire le phimosis dont la cure les fera disparaître rapidement. Ces complications éloignées du phimosis sont très variées. Les anciens médecins (LALLEMAND, FLEURY) les décrivaient copieusement. Il semble que de nos jours on y attache moins d'importance. Elles sont surtout constituées par des troubles intéressant le système nerveux. Ainsi, chez certains enfants, on a pu percevoir une diminution de la mémoire, de l'attention et de l'intelligence. Ils sont inattentifs à l'école. On peut noter aussi un changement de caractère qui devient bizarre, capricieux. Parfois des troubles psychiques très accusés s'observent : mélancolie, hypocondrie, lypémanie, s'accompagnant d'une fatigue générale très prononcée. A. REVERDIN dans la Revue médicale de la Suisse Romande, année 1886, page 149, a rapporté un cas de ce genre, observé chez un jeune homme qui traînait une vie misérable et inutile. La circoncision fit disparaître ces troubles graves.

Le phimosis est encore susceptible de déclancher des crises de convulsions répétées chez les jeunes enfants. Il serait capable de produire des paralysies affectant la forme de paraplégies ou de paralysies atteignant les membres supérieurs en totalité ou dans certains de leurs groupes musculaires. Ces paralysies sont souvent peu marquées, ce sont de simples parésies. SAVRE a rapporté l'observation d'un de ses malades, dont la paraplégie s'accompagnait de priapisme et d'un prolapsus rectal. La posthectomie amena paraît-il la guérison de tous ces accidents. Comme complications à distance du phimosis, on a encore signalé l'incoordination motrice (HURD et MAGRUDER), l'hémiplégie avec aphasie (STEWART) et même des troubles intéressant les yeux tel le strabisme (observation de J.-L. Reverdin, Revue médicale de la Suisse Romande 1888, p. 150 : il s'agit d'un enfant présentant des crises de convulsions répétées, suivies d'un strabisme très marqué pendant plusieurs jours). L'amblyopie presbytique a été aussi notée (ANAGNOSTAKIS, *in Iatriké Ephemeris* 1859), ainsi que des attaques de chorée, de crises épileptiformes ou hystériformes, des contractures intéressant surtout les membres inférieurs et pouvant entraîner la constitution de pieds bots varus, équin et autres qui guérissaient après la circoncision (SAYRE, MAGRUDER). Ces contractures, lorsqu'elles sont localisées aux muscles de la

cuisse, peuvent simuler une coxalgie. Nous n'avons jamais rencontré de ces pseudo-coxalgies et cependant nous avons vu fréquemment chez des petites filles atteintes de vulvo-vaginite, des contractures de l'articulation de la hanche qui simulaient parfaitement une coxalgie. M. JALAGUIER, aux Enfants-Assistés a souvent attiré notre attention sur ces fausses coxalgies. Nous n'en avons jamais observé chez des garçons présentant une balano-posthite. Pourtant, il n'y a aucune raison pour que la balanite ne détermine pas des contractures coxo-fémorales comme la vulvo-vaginite. D'autre part, il ne faudrait pas laisser évoluer une coxalgie vraie en la rapportant à un phimosis infecté de l'enfant.

Le phimosis pourrait enfin déterminer les troubles du côté du tube digestif : crises de gastralgie (FLEURY et E.-W. SAUNDERS in *The alienist and Neurologist*. St-Louis 1881), de la diarrhée chronique (PARK), des vomissements répétés avec diarrhée et convulsions (YOUNG), de la constipation chronique (KELLEY), et même du diabète. MAXWELL a cité le cas d'un diabète infantile qui guérit aussitôt après la circoncision. Enfin PIRIE (*A study of hyperadrenalism, its influence in producing congenital pyloric hypertrophy and subsequent obstruction*, Lancet, t. CX CVII, 1919, p. 153) a signalé le phimosis comme l'une des causes du spasme du pylore, spasme susceptible d'entraîner les accidents observés dans l'affection des nourrissons qu'on désigne sous le nom d'hypertrophie congénitale du pylore.

Telles sont donc les complications générales du phimosis. On comprend sans peine pourquoi souvent, elles ne sont pas rapportées immédiatement par le médecin au phimosis qui les a déterminées. En présence de pareils accidents et si leur origine ne s'impose pas, il faudra donc songer à examiner le prépuce et l'on fera sans hésiter la circoncision, s'il existe un phimosis ; elle pourra en amener alors rapidement la guérison.

L'étude de toutes ces complications locales et générales des phimosis justifie l'appellation « d'organe malheureux que RICORD donnait au prépuce. Et c'est parce que le prépuce est un organe fort négligé que tous ces malheurs s'abattent sur lui. Les parents ne songent guère à surveiller celui de leurs enfants, et beaucoup d'adultes ne se préoccupent guère du leur. C'est à tort évidemment, car ce manque de surveillance et d'hygiène est constamment à l'origine des multiples et gros ennuis que nous venons de rapporter.

CHAPITRE VI

QUELQUES PROCÉDÉS DE POSTHECTOMIE

Nous allons rapporter dans ce chapitre quelques-uns des innombrables procédés qui ont été conçus pour pratiquer la posthectomie. Nous les avons choisis parmi les plus significatifs ; les premiers que nous décrirons n'ont guère qu'un intérêt historique ou de curiosité, ils sont très anciens. Les autres, qui sont modernes, donnent de bons et sûrs résultats opératoires. Quant aux deux derniers — celui de Dartigues et Roucayrol et le nôtre — ils sont d'un genre bien spécial. Les résultats parfaitement esthétiques qu'on obtient grâce à eux, les caractérisent et les différencient nettement de tous les précédents.

⁂

Comment AMBROISE PARÉ (1517-1590) *exécutait la circoncision médicale.*

« Pour la cure du prépuce serré, ayant mis le malade en bonne « situation, on tire le prépuce en devant, l'estendant et l'ouvrant autant « qu'il sera possible : et si la constriction est faite à raison d'une cica- « trice, on la coupera en trois ou quatre endroits en son intérieure « partie, ce qui se fera commodément avec un bistouri courbe, et ne « faut que les dites encisions pénètrent iusque à l'extérieure partie « d'iceluy, lesquelles seront distantes l'une de l'autre également. Si « l'ostriction vient pour quelque chair superflue ou verrues conviendra « la consommer, commes les verrües de col de la matrice et de la « verge. Et là où il serait tout en sa circonférence adhérant contre le « gland, ne reçoit curation ». (*Œuvres complètes*, chap. XXXI).

En somme A. Paré ne réséque pas l'anneau préputial rétréci, il l'incise seulement en plusieurs points équidistants sur la face muqueuse

du prépuce. Ce procédé fort primitif devait donner de fréquentes récidives.

***

Comment Ambroise Paré *reconstituait le prépuce chez ceux qui en étaient privés « par nature » ou par « commandement de Religion ».*

« Il se void à aucuns le Prépuce estre court et ne couvrir le gland ou « extrémité de la verge. Or cela advient, ou naturellement, ou par « tailleurs dès l'enfance, et ce par commandement de religion, à sçavoir, « circoncision comme Juifs, Turcs et autres. Pour la curation, faut « renverser le prépuce, puis couper la peau intérieure sur toute sa « circonscription, évitant la veine ou artère qui sont droitement sur la « verge, entre les deux peaux dudit prépuce, puis sera tiré contre-bas « iusque le gland soit couvert et caché, mettant premièrement entre « le gland et le prépuce, une petite emplâtre désiccative, de peur qu'ils « ne se collent ensemble. Cela fait, il faudra lier le prépuce (que l'on « aura tiré) à son extrémité, iusque à ce que la cicatrice soit faite, et « ne faut obmettre de laisser une petite canule au conduit de la verge, « afin que le malade puisse uriner à sa volonté. Il est icy à noter que « ceux qui ont été taillez et circoncis par commandement de la Loy en « leur enfance, puis quittent icelle avec tant de cérémonies (afin de « n'estre recogneus pour Juifs circoncis) sont guaris de cette sorte. On « coupe la peau de la verge contre sa racine tout autour, et quand elle « aura ainsi perdu sa continuité, on la tire peu à peu en bas, iusques à « ce que le gland soit couvert, puis on procédera cure pour y faire ci- « catrice ». (*Œuvres complètes,* chap. XXXI).

Cette méthode d'A. Paré est ingénieuse, toutefois on peut se demander si elle donnait toujours des résultats satisfaisants. D'autre part, nous aimerions savoir si cette opération a été perfectionnée depuis cette époque ; nous ne connaissons pas en effet un procédé chirurgical moderne, réparateur de la circoncision. Il n'en existe sans doute pas, car c'est une intervention que les chirurgiens actuels n'exécutent, je crois, jamais. Signalons qu'elle se faisait déjà dans l'antiquité, d'une manière assez semblable à celle employée par A. Paré. Quand les Juifs entrèrent en relations avec les Grecs et les Romains, les jeunes Israëlites étaient honteux de leur circoncision : au cirque on se moquait d'eux. Ils essayaient de masquer leur mutilation en étirant leur prépuce. Les médecins vinrent alors à leur aide en leur apportant les secours de la chirurgie car ces tractions répétées ne pouvaient guère reconstituer

un nouveau prépuce. Celse, dans son « De arte Medica », décrit un procédé de réfection du prépuce qui consiste à inciser circulairement la muqueuse au niveau du sillon balanique et puis à attirer la peau de la verge en avant jusqu'à ce qu'elle recouvre le gland. Il enroule ensuite une bande sur la verge, d'arrière en avant, en la serrant bien afin d'éviter la rétraction du nouveau prépuce. Galien donne la description d'un procédé analogue. A. Paré a beaucoup emprunté à ces médecins de l'antiquité.

Quelques précisions relatives au procédé courant de posthectomie

Nous négligerons de décrire le procédé habituel, sa technique est véritablement trop connue. Nous signalerons toutefois certaines précautions opératoires qui permettent, si on les observe scrupuleusement, d'en améliorer beaucoup les résultats au point de vue de l'esthétique.

Le premier temps de l'intervention sera toujours constitué par la section du frein, après dilatation forcée de l'orifice préputial, si celui-ci est rétréci. Cette section permettra d'exercer une bonne traction sur la muqueuse dans un temps ultérieur. Ceci fait on placera deux pinces de Chaput juste sur le bord de l'orifice préputial, c'est-à-dire que l'un des mors de chacune des pinces sera appliqué sur la peau, l'autre sur la muqueuse, ou encore chaque pince saisira la muqueuse seule, au point où elle s'unit avec la peau.

Ainsi donc lorsqu'ensuite on attirera le prépuce à l'aide de ces pinces pour la prendre dans une Kocher qui marquera le lieu où se fera sa section, peau et muqueuse se correspondant exactement en hauteur. Il arrive que l'opérateur n'ayant pas bien rétracté le prépuce en arrière pour découvrir nettement l'orifice du prépuce, place ses pinces de traction sur la peau uniquement. La muqueuse n'est pas alors attirée et elle se trouve sectionnée trop haut. Il faut en faire après une recoupe assez importante.

En sectionnant le frein tout d'abord puis en posant bien ses pinces de traction sur le limbe préputial, on réalise une excellente traction de la muqueuse. Bien souvent alors, elle est coupée d'emblée à hauteur convenable et on n'a pas à en faire une recoupe. Les bords de la peau et de la muqueuse se mettent aussitôt en contact et, s'il s'agit d'un nourrisson (dans ce cas là seulement, à cause de l'absence des érections) on peut se dispenser de les suturer l'une à l'autre. Elles s'accolent rapidement et la cicatrice est par la suite très peu visible.

Pour éviter la recoupe de la muqueuse, assez délicate à exécuter, et dont la valeur qu'il convient de lui donner est difficile à déterminer avec exactitude, on peut encore recourir à un détail de technique dû au Dr Chaton (*Un point de technique de l'opération du phimosis*, Journal des Praticiens, 19 janvier 1924). Voici en quoi il consiste : Les pinces de traction saisissent non pas la peau et la muqueuse ensemble, mais la muqueuse seule, non à l'orifice du prépuce, à son union avec la peau, mais *à une certaine distance, à l'intérieur de la cavité préputiale*, pas tout à fait à mi-chemin entre le rebord cutanéo-muqueux du prépuce et le sillon balano-préputial — les prises étant faites en quatre points diamétralement opposés selon les deux axes (antéro-postérieur et transversal).

Quand on a ainsi placé des pinces de traction, soit de cette façon soit comme nous-même nous les posons, on exerce grâce à elles, une traction très modérée sur le prépuce (la traction sera plus énergique si l'on veut faire une posthectomie totale). Puis on le saisit dans une Kocher dont la direction est oblique d'arrière en avant et de bas en haut, de manière à ne point avoir d'excès de muqueuse à la base du frein, ce qui constituerait plus tard un jabot disgracieux.

La réunion de la plaie du frein et celle de la muqueuse et de la peau doivent toujours se faire avec des serres-fines qu'on enlèvera 24 heures après. Les serres-fines permettent d'avoir une cicatrisation très rapide et un affrontement excellent qui donne une cicatrice fort peu visible. Lorsqu'on fait une posthectomie totale, on est le plus souvent obligé de faire une recoupe de la muqueuse même si on a eu recours à la technique du Dr Chaton ; on en conservera alors qu'une collerette de quelques millimètres de largeur. Les précautions opératoires que nous venons d'indiquer doublées d'une certaine expérience de ce banal procédé habituel permettent donc de retirer de son emploi des résultats dont l'esthétique est en somme fort bonne. On obtient un prépuce qui recouvre la partie postérieure du gland et dont le nouvel orifice est large et d'une grande régularité. Enfin la cicatrice de la ligne cutanéo-muqueuse est peu apparente.

***

Voici maintenant une série de procédés modernes, dus à des chirurgiens allemands. Nous les rapportons parce qu'ils sont intéressants par leur conception qui est ingénieuse et souvent inattendue. La description que nous en donnerons est celle que fournit le Dr Stickler dans son intéressante étude « *El prepucio, con especial referencia al fimosis* ». Théoriquement ces procédés sont parfaits, mais je me demande si leurs ré-

sultats sont absolument sûrs, surtout quand on les emploie pour la cure du phimosis acquis, pour cette raison que dans la plupart d'entre eux, il n'est pas fait d'ablation de l'orifice préputial (par conséquent de l'anneau scléreux s'il s'agit d'un phimosis acquis). Il en est fait seulement un élargissement. Nous croyons en effet, qu'un procédé de posthectomie ne peut être parfait et donner constamment de bons résultats, s'il ne réalise pas l'exérèse du limbe préputial :

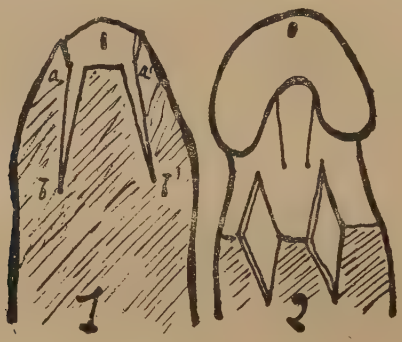

Fig. 2. — *Procédé de Trnka*

Trnka, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1893.

On tire le prépuce au maximum vers la base de la verge. Sur sa face inférieure, on fait aux ciseaux, à partir de l'orifice préputial, les deux incisions latérale *ab et a'b'*, longues d'un centimètre environ et légèrement obliques en dehors (fig. 2, n° 1 et 2), il est alors facile décalotter ; la rétraction du prépuce produit un écartement des bords cutanés et muqueux des deux incisions, en forme de parallélogramme. On les laisse se combler par granulation en maintenant le prépuce fixé en arrière par un pansement approprié maintenu pendant une semaine.

Daggett, *Med. Record. N. J.*, 1898. *in Hartmann u. Beutenmüller; Chirur. d'Urogenitalorg.*, 1907.

1°) Incision longitudinale (fig. 3, n° 1) sur la face dorsale du prépuce ; incision médiane longitudinale un peu moins longue de l'orifice du prépuce, à sa face inférieure (fig. 3, n°2).

2°) On décalotte au maximum, les deux incisions prennent une direction transversale (fig. 3, n°s 3 et 4). Elles sont alors suturées dans ce sens.

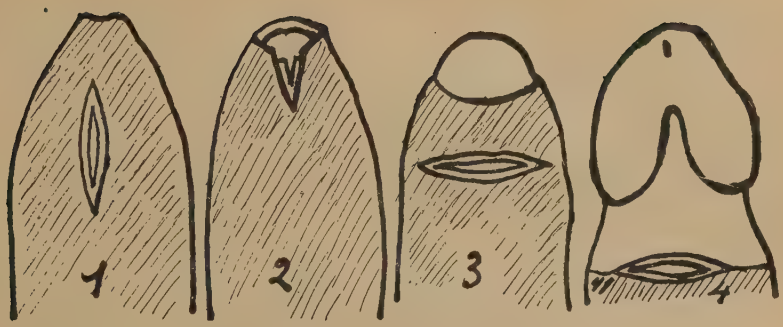

Fig. 3. — *Procédé de Daggett*

WOODYATT *J. in Münch. Med. Wochenschrift,* 1903, décrit un procédé assez voisin de celui de Daggett :

Le prépuce étant bien étendu, il fait deux incisions, de l'orifice préputial dans deux points opposés. On décalotte et les deux plaies sont suturées transversalement.

Lemaire, en France, a proposé en 1906 un procédé qui a quelque parenté avec celui de Daggett. Il fait avec le couteau à cataracte dans le prépuce tendu par une pince, une incision longitudinale à la muqueuse. Il ramène le prépuce en arrière ; fait, s'il le faut, une incision identique sur la muqueuse en bas et suture les deux petites plaies transversalement.

SCHOFFFLER, *Centralblatt f. Chirurgie,* 1901.

On tend la peau du prépuce en la tirant fortement en arrière, afin de bien exposer l'orifice préputial. On incise la peau dans une direction aussi oblique que possible suivant la ligne *a, b, c*. La muqueuse est incisée ensuite suivant *a' b' c'*. Puis on rétracte le prépuce en arrière autant qu'on le peut ; on aurait l'aspect de la figure n° 2, si la rétraction ne tendait pas à rapprocher les bords des incisions comme le montre la figure n° 3. La figure n° 4 montre le résultat final après suture l'un à l'autre des berges cutanées et muqueuses et reposition du prépuce.

Ce procédé ne peut être employé que si l'on peut faire glisser aisément l'un sur l'autre les deux feuillets du prépuce c'est-à-dire si un processus inflammatoire ancien ou récent ne les a pas plus ou moins fusionnés ensemble.

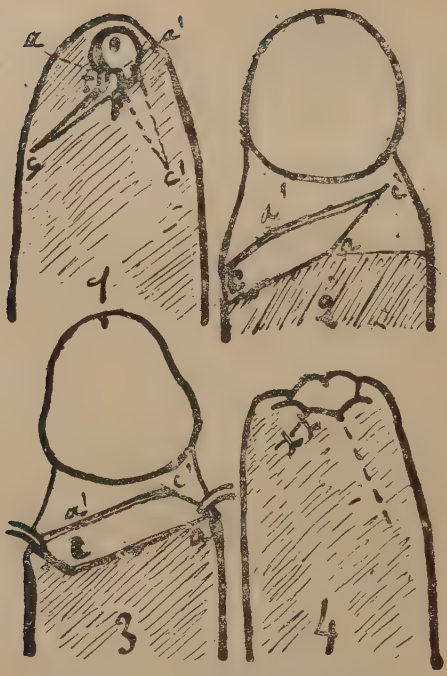

Fig. 4. — *Procédé de Schoffler*

Scheelek, *Bruns Beiträge, num.* 115.

On saisit l'extrémité antérieur du prépuce à l'aide d'une pince, on l'attire en avant, et d'un coup de ciseaux on excise sa partie toute antérieure suivant une ligne transversale. La peau se rétracte découvrant la muqueuse. Sur sa face cutanée dorsale, dans la région médiane, on pratique une incision sagittale longue de 1 cm. 1 cm. $\frac{1}{2}$. Cette incision à son extrémité postérieure se continue par deux petites incisions divergentes, l'ensemble forme un Y renversé (fig. 5, n° 1). On rétracte alors la peau au maximum, les incisions précédentes dessinant alors un quadrilatère *a c d b* (n° 2). On pratique ensuite sur la muqueuse les deux incisions *c' a' d' b'*, en ayant soin que la distance *c' d'* soit égale à *c d*. La muqueuse est rabattue et le lambeau *c' d', d' b'* est suturé dans l'espace a c d b (n° 3). Muqueuse et peau sont suturées bord à bord sur le reste du pourtour de la verge.

Ce procédé nous semble fort ingénieux et susceptible de donner d'excellents résultats. En effet, le limbe préputial qui fréquemment est le siège de l'anneau étroit d'un phimosis acquis est réséqué. D'autre part on enlève très peu de prépuce et le gland après l'intervention doit être

en grande partie recouvert. Nous n'avons jamais employé ce procédé qui nous paraît très ingénieux.

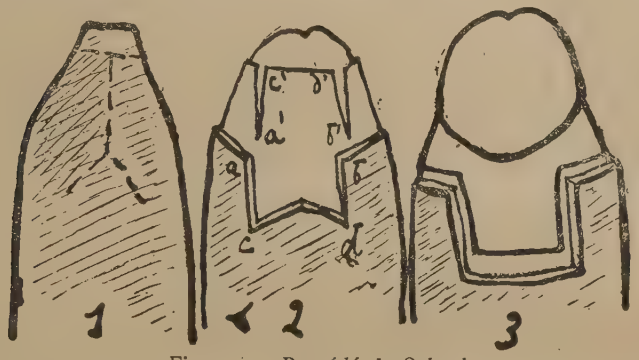

Fig. 5. — *Procédé de Scheele*

Tobiasek *St. Archiv. für. Klinische Chirurgie,* 83, 1907.

Le prépuce est rétracté autant que possible. Sur une ligne circulaire un peu au-dessus du niveau de la couronne du gland, on marque 3 points équidistants où se rejoindront deux à deux les extrémités inférieures d'incisions intéressant la peau seulement et qui dessineront trois lambaux en forme d'arcs gothiques (fig. 4, n° 1) dont les sommets se dirigent vers l'ouverture du prépuce. Ces lambeaux sont disséqués, isolés de la muqueuse qui à son tour est découpée par trois nouveaux arcs compris dans l'intervalle des précédents.

Les sommets des arcs muqueux L, M, N, se suturent à la peau dans les points A B C ; les sommets des arcs cutanés D E F, sont suturés dans les points H, I, K (fig. 6 n° 3). Si le prépuce est très épaissi par l'inflammation, on donne aux arcs cutanés une forme trapézoïdale et aux arcs muqueux la forme de trianges très étroits, très allongés (n° 3).

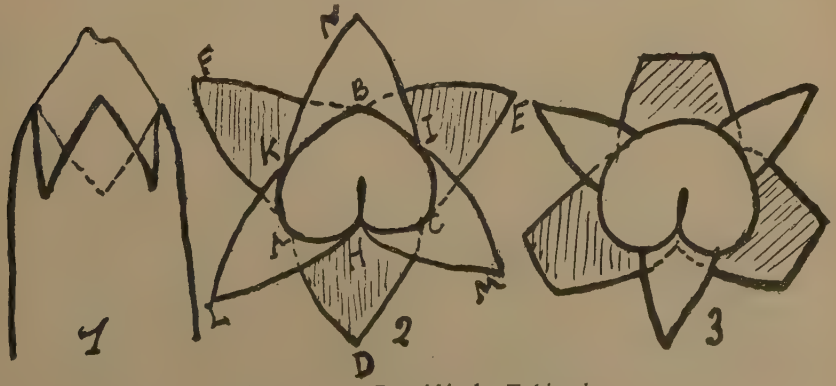

Fig. 6. — *Procédé de Tobiasek*

Lowe, *Müncher Med. Wochenschrift*, 1914, n° 20.

A la hauteur de la partie médiane du gland on trace une incision circulaire qui n'intéresse que la peau et ménage sur la face dorsale du prépuce un petit lambeau triangulaire dirigé vers la pointe du gland (fig. 7, n° 1). La partie distale de la peau préputiale est séparée de la muqueuse et retroussée en haut. On en réséque une portion du tube qui se trouve ainsi formé, on l'incise sur son bord (n° 2) à la face dorsale et on le rabat ; le petit lambeau triangulaire cutané venant s'insinuer dans la fente dorsale de la muqueuse qu'on vient de faire.

Fig. 7. — *Procédé de Lowe*

Drachter a découvert un procédé qui consiste à inciser la peau préputiale, la peau seulement à la hauteur de la partie moyenne du gland, le prépuce étant tendu au maximum par traction exercée sur son extrémité à l'aide d'une pince. Les deux bords de l'incision cutanée circulaire s'écartent découvrant sa muqueuse sur une hauteur de 1 cm. 5. La muqueuse est alors sectionnée isolément au milieu de la partie découverte.

Drachter insiste sur ce fait qu'après la suture, la muqueuse s'éver-

se en dehors. La ligne de suture est donc fortement évaginée ce qui la met à l'abri du contact de l'urine, facilitant par là beaucoup, la cicatrisation rapide. C'est ce résultat qui caractérise ce procédé. Drachter cherche donc à évaginer sa ligne de suture. ROUCAYROL, DARTIGUES et nous-même cherchons à l'invaginer afin de rendre sa cicatrice invisible. Ses préoccupations sont inverses des nôtres ; ce point était intéressant à noter.

Nous revenons maintenant à des procédés français plus simples et dont les résultats par conséquent, sont d'une sécurité certaine.

Procédé de Le Fort

Le prépuce est introduit dans un instrument de forme spéciale représenté ci-contre. Une pince est placée sur l'extrémité du prépuce qu'on attire alors en avant. On donne à la pince l'inclinaison représentée sur la figure n° 8. On passe une série de fils au-dessous de cet ins-

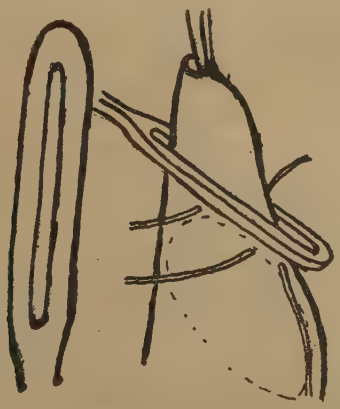

Fig. 8. — *Procédé de Le Fort*

trument. La portion du prépuce située en avant de la pince est excisée, les fils sont sectionnés en leur milieu et pour faire la suture de la peau et de la muqueuse on n'a qu'à nouer leurs chefs. Ricord (1856) a inventé un procédé qui a une certaine ressemblance avec celui de Le Fort. Il emploie une pince spéciale dont les deux branches sont fenêtrées et il passe les fils à travers tout le prépuce dans les fentes de cette pince. Il va sans dire qu'on peut remplacer les pinces spéciales de Le Fort et de Ricord par une simple pince de Kocher. D'ailleurs tous les procédés qui nécessitent une instrumentation spéciale (et l'on a inventé une multitude d'instruments spéciaux pour faire la posthectomie), n'ont aucun intérêt. Une opération aussi courante que la posthectomie doit pouvoir se faire à l'instrumentation courante.

La Phimosiectomie circulaire invaginée

Procédé de Dartigues et Roucayrol

Ces auteurs l'ont publié pour la première fois dans le numéro de janvier 1922 de la *Revue d'Urologie*. Il n'est en somme qu'une modification du procédé courant, mais le changement qu'ils y ont apporté a une grande importance ; il en modifie considérablement les résultats. Voici leur technique :

1° L'extrémité antérieure du prépuce est attirée bien symétriquement par trois pinces de Chaput.

2°) Une pince de Kocher est appliquée, sur le prépuce en calculant bien l'étoffe pour ne pas faire une trop large exérèse du prépuce.

3°) La partie antérieure du prépuce est coupée en avant et au ras de la pince, avec le bistouri.

4°) On excise assez largement la muqueuse exubérante après rétraction de la peau, de la manière employée dans le procédé courant, et comme on a conservé plus de peau préputiale qu'on ne le fait d'habitude la suture, au lieu d'être périphérique, se trouve reportée en dedans, invaginée, après suture de la muqueuse et de la peau et après avoir rabattu le nouveau prépuce sur le gland.

On n'a pas à mettre de pansement et plus tard la cicatrice sera donc invisible.

La phimosiectomie de Dartigues et Roucayrol est évidemment susceptible de donner d'excellents résultats esthétiques. Avoir une cicatrice de la ligne de suture invisible, conserver la plus grande partie du prépuce, ce sont là des avantages considérables qui camouflent l'intervention et ne permettent pas de constater après la guérison qu'elle a été faite. Mais pour exécuter correctement ce procédé, il faut en avoir une certaine pratique : en effet Dartigues et Roucayrol donnent des indications de ce genre. « Une pince de Kocher est appliquée *assez en avant* (du prépuce), *en calculant bien* pour ne pas faire une trop large exérèse préputiale... Nous excisons *assez largement* la muqueuse exubérante... »

Ces indications sont vagues, imprécises, ce sont des évaluations délicates à faire si l'on n'en a pas l'habitude, pour déterminer le lieu de section du prépuce et ensuite celui de la muqueuse. Si elles ne sont pas effectuées avec exactitude, l'esthétique des résultats est compromise.

Notre procédé de posthectomie que nous allons décrire maintenant, donne des résultats esthétiques du même ordre mais cela d'une façon automatique. Le lieu où se fait la section de la peau, puis celui où se fait celle de la muqueuse, sont désignés par des points de repères simples et constants. Pour bien exécuter notre procédé il n'y a nullement besoin d'en acquérir l'expérience ; tout de suite on le réussit pleinement.

La Posthectomie conservatrice

Nous décrirons, pour terminer, le procédé de circoncision esthétique, que nous avons publié sous ce nom et que nous avons imaginé il y aura bientôt dix années. Nous l'avons dénommé ainsi parce que nous ne pratiquons qu'une résection extrêmement réduite du prépuce, juste suffisante pour en supprimer la partie antérieure, portion où siègent généralement les lésions pour lesquelles on pratique la posthectomie. Je rappelle en quelques mots seulement la raison qui nous a décidé à concevoir cette technique particulière. J'ai dit que c'était dans le but de remédier à un défaut que l'on voit de temps à autre, qui compromet l'esthétique de certaines circoncisions faites à l'aide du procédé courant, fut-il parfaitement exécuté, et qui consiste dans l'éversement en arrière et le dédoublement de ce qui reste du prépuce. J'ai expliqué longuement au chapitre IV, la cause de ce déplacement qui apparaît quelque temps après l'intervention et qu'on pourrait croire n'être observé, que dans les cas où, par suite d'une mise en place défectueuse de la pince qui marque le lieu où l'on sectionnera le prépuce où encore par suite de l'absence de pinces de traction placées sur le bord de l'orifice préputial, muqueuse et peau ne se correspondant pas exactement en hauteur, la peau ne se trouve pas coupée au même niveau que la muqueuse qu'elle attirera alors plus tard en arrière parce qu'elle a été trop abondamment ou même complètement réséquée. Cest là en effet, l'une des deux causes de ce phénomène, mais nous savons que dans la majorité des cas, il résulte de la résorption totale du dartos qui enlève au prépuce toute tonicité, celui-ci ne recouvrant le gland avant l'opération que grâce au phimosis. On se rend très facilement compte, dans ce cas, que la peau n'a pas été réséquée en trop grande abondance car si l'on essaie de la ramener en avant on y parvient sans aucune peine et l'on reconstitue de cette façon le prépuce restant dont le reliquat recouvre alors toute la partie postérieure du gland. C'est uniquement l'insuffisance de tonicité du reste du prépuce qui fait qu'il s'affaisse et se reploie en arrière et ne peut demeurer appliqué sur le gland.

Comme je l'ai dit, le principe de notre procédé est de conserver toute la peau du prépuce, afin que, très fournie, elle s'oppose à un déplacement. Par contre, la muqueuse sera assez largement reséquée. Nous obtiendrons en fin de compte une suture invaginée dont ultérieurement la cicatrice sera invisible. Voilà encore un gros avantage quant à l'esthétique. Le procédé de MM. Dartigues et Roucayrol donne des résultats sem-

blables, mais le but essentiel qu'ils recherchent n'est pas le même, et leur technique est bien différente. Comme je l'ai fait remarquer en signalant leur façon de faire, ils emploient tout simplement le procédé ordinaire, mais avec section économique du prépuce et recoupe très généreuse de la muqueuse C'est ainsi qu'ils parviennent à obtenir une ligne de suture invaginée et invisible, qui dispense de tout pansement, seuls résultats recherchés par ces praticiens.

Notre procédé n'est pas une variante du procédé courant. Notre technique est tout autre ; elle conduit aux résultats que nous avons indiqués d'une manière très méthodique et *automatique. Nous n'avons jamais à recouper la muqueuse, recoupe dont l'importance ne peut être évaluée que grâce à une expérience assez longue de l'opération ; mais ne la coupons qu'une fois et d'emblée à la hauteur convenable.*

Voici comment nous procédons :

Anesthésie

Nous pratiquons chez l'adulte et chez les adolescents une anesthésie *régionale*, à l'aide d'une solution de novocaïne à 1/200e. C'est *l'Allocaïne Lumière* que nous préférons. Nous rejetons tout à fait l'anesthésie locale, car si elle procure une bonne anesthésie de la peau, elle ne donne qu'une forte médiocre anesthésie de la muqueuse. En outre, elle oblige à anesthésier le frein à part ; la piqûre qu'il faut alors faire dans son épaisseur est très douloureuse presque autant que sa section. Enfin, l'œdème qui résulte de l'infiltration de la novocaïne, juste dans le lieu où portera l'acte opératoire, apporte une gêne certaine au chirurgien, par la déformation et le changement d'aspect qu'il donne à toute la région. La plupart des circoncisions que j'ai vu faire à l'anesthésie locale offraient un spectacle pénible par suite de l'insuffisance de l'insensibilisation qui arrachait à l'opéré des gémissements et l'incitait à des mouvements désordonnés. Il faut donc recourir à l'anesthésie régionale. Mais pour la réaliser avec une perfection constante il faut recourir à une technique très méthodique et très étudiée. Voici celle que nous avons mise au point, et qui nous donne des résultats parfaits :

1°) Faire une bague anesthétique *juste* à la base de la verge, dans la celluleuse. Il n'est pas inutile en effet de s'appliquer à faire une infiltration intra-dermique car elle n'est guère possible par suite de la minceur de la peau et d'ailleurs elle n'est pas nécessaire. On fera donc *quatre piqûres* de 2 cm3 chacune, avec une aiguille en acier courte et très fine, aux quatre pôles de la circonférence de la verge (pôle supérieur,

latéral droit, inférieur et latéral gauche). Les injections seront traçantes et les piqûres, 2, 3, et 4, ne seront faites que quand le point où elles doivent être placées sera infiltré de solution anesthétique et par conséquent insensible. Pour la 1re piqûre, il faut faire une pulvérisation de chlorure d'éthyle car il ne faut qu'a aucun moment le sujet ne perçoive une sensation douloureuse, sinon il accusera des douleurs, poussera des plaintes et se remuera jusqu'à la fin de l'intervention ce qui vous importunera beaucoup et lui fera garder un mauvais souvenir de sa posthectomie.

2°) *Anesthésie du ligament suspenseur de la verge.* La couronne anesthésique de la base de la verge étant faite, on pique l'aiguille là où on l'a enfoncée pour la piqûre 1 et on la dirige profondément en bas et en arrière, *jusqu'au contact de la symphyse pubienne.* En ce point on injecte 4 cm3 de la solution de novocaïne.

3°) *Anesthésie de la région de l'orifice externe des canaux inguinaux et de l'origine des cordons spermatiques.* On change d'aiguille. Celle qu'on prend alors doit être pareille à celles qu'on emploie pour les injections intra-musculaires. mais si possible plus fine. Elle est piquée à la base de la verge, au milieu de sa partie latérale droite. L'aiguille est dirigée en dehors et en arrière vers l'anneau inguinal externe et quand cette région est atteinte, on injecte 4 cm3. On agit de même du côté gauche.

4°) *Anesthésie des corps caverneux.* La même aiguille est enfoncée à la base de la verge, sur sa partie latérale droite, un peu au-dessous du point où l'on a pratiqué les précédentes piqûres, puis elle est enfoncée profondément sur toute sa longueur, en arrière, en bas et un peu en dedans, vers les branches ischio-pubiennes dont il faut sentir le bord inférieur. On se rapporte alors un peu en dedans et l'on pousse 4 cm3 de la solution. On procède de même du côté gauche.

C'en est alors fini ; on a donc injecté en tout 28 cm3 de la solution, soit 0 gr. 14 de novocaïne, dose très moyenne. Il va sans dire qu'on peut la dépasser et même ne pas l'atteindre tout à fait, on attend alors cinq minutes et la verge étant devenue *tout entière* insensible on peut commencer l'intervention. Il est particulièrement important lorsqu'on emploie notre procédé que l'anesthésie soit impeccable, car avec une anesthésie médiocre la dilatation de l'anneau préputial (si l'on fait la posthectomie pour un phimosis acquis, indication la plus fréquente de cette opération), la section du frein et le dépouillement de la muqueuse seraient extrêmement pénibles à supporter par le malade. Chez les jeunes enfants il faut absolument recourir à l'anesthésie générale qui se

fera au chloroforme pour ceux qui ont moins de cinq ans et à l'éther pour ceux qui auront dépassé cet âge.

Technique de l'intervention

1° SECTION DU FREIN

Il faut toujours sectionner le frein, celui-ci étant constamment trop court chez les individus ayant un phimosis. Dans notre procédé cette section doit toujours être faite en premier lieu et, sous aucun prétexte, ce temps ne doit être différé. Si l'orifice préputial est trop étroit et s'oppose invinciblement à toute tentative de décalottement, on y introduit une pince de Kocher et on la retire lentement en l'ouvrant progressivement. On renouvelle ce geste jusqu'à ce que l'orifice soit suffisamment dilaté. Ensuite on décalotte en rompant au fur et à mesure qu'elles se présentent les adhérences plus ou moins solides qui la plupart du temps existent entre la muqueuse du gland et celle du prépuce. Ceci fait, on sectionne aux ciseaux le frein à sa base. La section doit être profonde, nous la poursuivons jusqu'à ce que le gland soit parfaitement redressé. On ne peut guère éviter de couper l'artère du frein. Sa section donne lieu chez l'adulte à une hémorragie qui est habituellement importante. Ses deux bouts sont aussitôt pincés et liés avec un catgut très fin. On ne passera au temps suivant que lorsqu'on aura obtenu une hémostase parfaite. Cette section du frein et la rupture des adhérences préputiales, faites dès le début de l'intervention, permettront de réaliser une meilleure traction sur la muqueuse lorsque nous la couperons dans un temps ultérieur. Le frein sectionné et l'hémostase de son artère obtenue on ramène le prépuce en avant, sans se préoccuper pour l'instant de la reconstitution du frein allongé.

2° PINCEMENT DU PRÉPUCE

Deux pinces de Kocher ou, mieux encore, de Chaput, sont placées sur le bord de l'orifice préputial l'une à son extrémité supérieure l'autre à son extrémité inférieure. Elles en saisissent un ou deux millimètres seulement. Elles serviront à tendre le prépuce et, pendant la traction permettront que la peau et la muqueuse se correspondent en hauteur bien exactement. Ensuite le prépuce étant modérément tendu à l'aide de ces Chaput, on le pince *tout près de son extrémité antérieure* avec une Kocher un peu longue, *placée perpendiculairement à lui,* et dans le sens sagittal (fig. 9). Evidemment, si le prépuce était très exubérant et formait au delà du gland, une véritable trompe, cette pince serait posée

plus en arrière à la base de cette trompe afin de supprimer toute la peau en excès

3° SECTION DE LA PEAU

Sur tout le pourtour du prépuce, on incise la peau, *rien que la peau*, au-dessous et au ras de la Kocher (fig. 10). Puis on ébauche au bistouri la séparation de la peau et de la muqueuse sur une hauteur de quelques millimètres.

4° LIBÉRATION DE LA PEAU

A l'aide d'une compresse, et *comme si on libérait un sac de hernie*, on

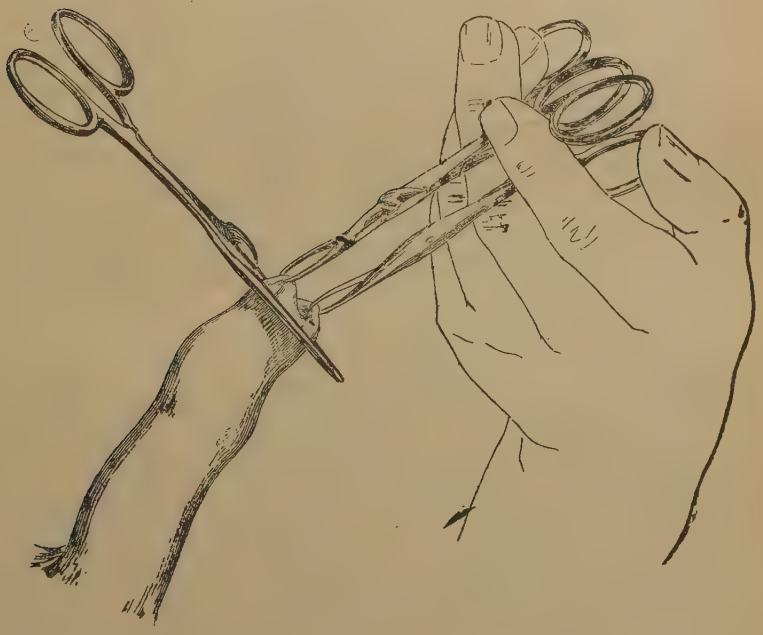

Fig n° 9

Le frein ayant été préalablement sectionné (1er temps) deux pinces de Chaput sont placées sur le bord de l'orifice préputial. Puis, le prépuce étant modérément tendu à l'aide de ces pinces, on le saisit au voisinage de son extrémité antérieure avec une pince de Kocher longue placée perpendiculairement à lui et dans le sens saggital (2e temps).

complète ce décollement (fig. 11). La peau est ainsi libérée *jusqu'à la base du gland.* Afin de faciliter ce décollement il est parfois bon de sectionner quelques tractus fibreux tendus entre la muqueuse et la peau.

5° SECTION DE LA MUQUEUSE

La muqueuse étant tendue au maximum, grâce à une traction vigoureuse exercée sur elle à l'aide de la pince de Kocher, qui primitivement saisissait toute l'épaisseur du prépuce et qui maintenant ne pince que la muqueuse encore intacte et la très étroite bande de peau de la partie toute antérieure du prépuce, on place sur elle une seconde pince de Kocher, dans le sens sagittal elle aussi, mais oblique de bas en haut

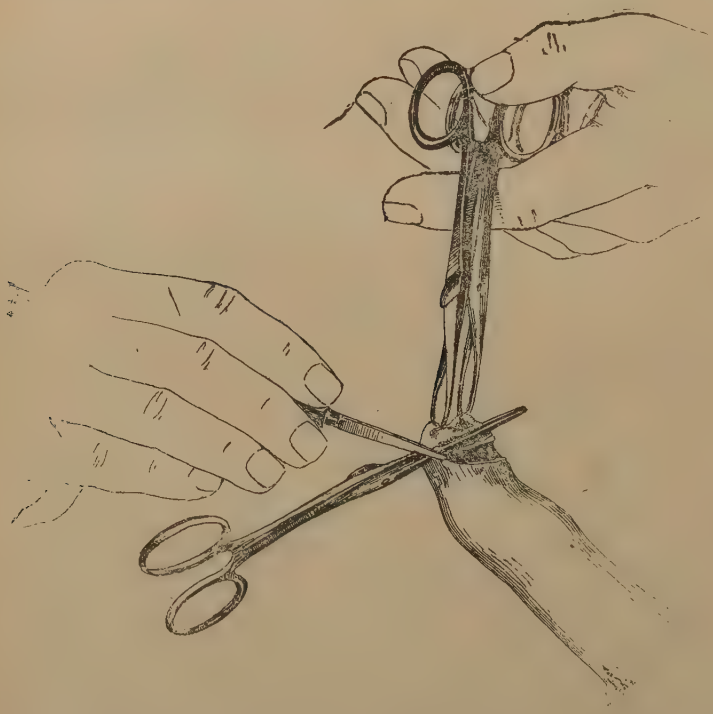

Fig. 10

Tout autour du prépuce, *la peau seule est incisée au bistouri, au-dessous* et au contact de la pince de Kocher. La peau se rétracte légèrement et on voit alors apparaître la muqueuse qui, elle, est soigneusement respectée (3e temps).

et d'arrière en avant (fig. 12). Cette obliquité de la pince permet d'éviter à la base du frein un excès de muqueuse qui formerait un jabot disgracieux. Cette seconde pince de Kocher *doit affleurer la pointe du gland* dont on voit se dessiner le relief sous la muqueuse. Alors sous elle et à son contact, on sectionne la muqueuse au bistouri (fig. 12). C'est un temps parfois un peu délicat qu'on effectuera avec prudence, afin de ne pas couper l'extrémité du gland si, par hasard, on l'avait prise

Fig. 11

Avec une compresse. on décolle la peau de la muqueuse après avoir amorcé ce décollement au bistouri. sur une hauteur de quelques millimètres. La peau est ainsi libérée *jusqu'à la base du gland* (4e temps). On voit ici la peau refoulée jusqu'en ce point où elle forme une série de plis superposés.

dans la pince. Lorsqu'on craint d'avoir commis cette faute, il ne faut pas sectionner la muqueuse d'un coup, mais inciser l'une après l'autre ses deux faces.

La muqueuse coupée, celle-ci se rétracte et le gland se découvre.

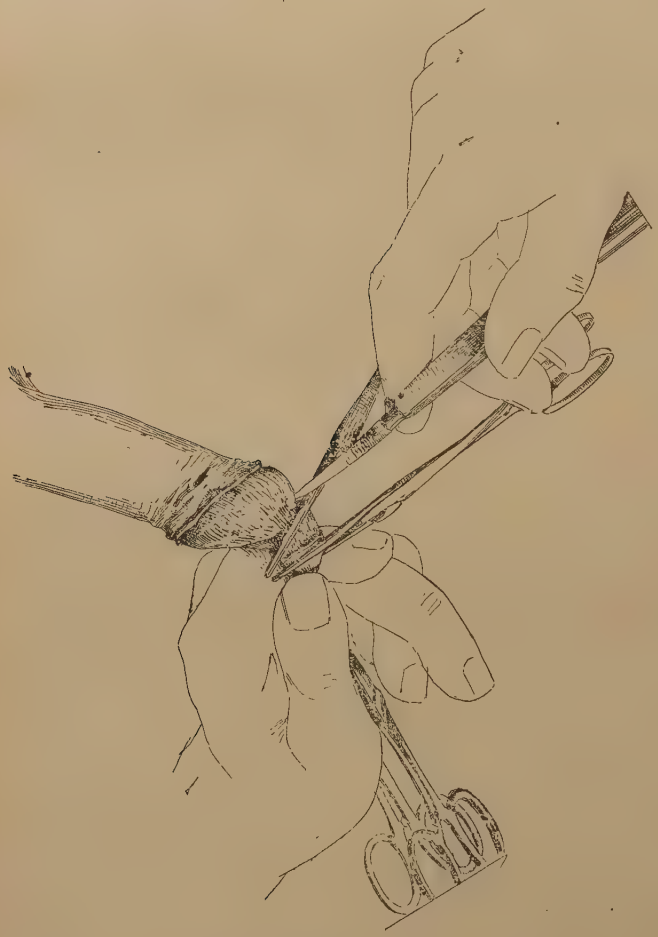

Fig. 12

Une traction très forte étant exercée sur la muqueuse, une seconde pince de Kocher est alors placée de bas en haut et d'arrière en avant sur cette muqueuse. Puis la muqueuse est sectionnée au-dessus et au ras de cette deuxième pince de Kocher (5e temps). Il ne reste plus alors qu'à reconstituer le frein et à affronter la muqueuse et la peau soit au catgut, soit mieux encore avec des serres-fines.

Il ne faut jamais faire de recoupe de la muqueuse. On n'aura pas d'ailleurs à y songer si l'on a exactement procédé comme nous l'avons indiqué (muqueuse fortement tendue, deuxième Kocher affleurant la pointe du gland) : automatiquement elle se trouve sectionnée à la hauteur voulue. Avant d'aborder le temps suivant, on pincera et on liera soigneusement les branches de la veine dorsale superficielle de la verge qui ont pu être coupées au cours des temps précédents.

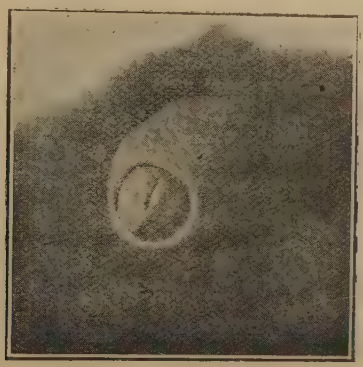

Fig. 13. — *Photographie de la verge d'un de nos opérés quinze jours environ après l'intervention. On remarquera que la ligne de suture est absolument invisible et que le gland est en partie recouvert. Il ne semble pas que le sujet ait été opéré.*

6° AFFRONTEMENT DE LA MUQUEUSE ET DE LA PEAU ET RECONSTITUTION DU FREIN

Cela peut être fait au catgut ou à l'aide de serres-fines.

a) *Affrontement au catgut.* — Pour le faire on emploie l'aiguille de couturière ou la petite Reverdin droite pour les sutures intestinales et du catgut très fin, oo ou ooo. On pourrait aussi suturer avec des crins de Florence très fins ou de la soie ronde très fine oo. Il ne faut jamais affronter avec des agrafes de Michel. Elles causent un œdème formidable et l'on aurait la plus grande peine à les retirer.

On commencera par reconstituer le frein dont la petite plaie de section transversale, transformée en plaie longitudinale par traction sur le gland, est réunie dans ce sens par trois ou quatre points. On continuera par l'affrontement de la muqueuse et de la peau qui doit être impeccable Il est bon de le bâtir avec quelques pinces de Chaput afin qu'il soit très régulier. L'une est placée en avant, à la partie médiane, deux autres

latéralement, l'une à droite, l'autre à gauche, deux autres enfin sont placées de chaque côté du frein, à sa base. En ce point l'affrontement devra être particulièrement soigné. On place tout d'abord un point de suture entre chacune de ces pinces, puis on les enlève successivement, en remplaçant chacune d'elles par un point de suture. Parfois il est avantageux de mettre un point en U au niveau de la base du frein. Les sutures terminées on les saupoudre avec de l'ectogan, ou du dermatol. Ceci fait on ramène la peau en avant ; la ligne de suture s'invagine et devient invisible, et le nouveau prépuce nettement plus court se trouve constitué. *On ne met aucun pansement.* Il se produira au niveau de la ligne de suture des suintements qui s'écouleront imparfaitement au dehors, produisant un peu de gonflement lequel empêchera complètement de décalotter *pendant* 8 *à* 10 *jours*. Il ne faut pas d'ailleurs essayer de décalotter. On se bornera à faire chaque jour un lavage avec une solution antiseptique faible quelconque (oxycyanure au 1/5000e par exemple), avec une seringue de Guyon dont l'embout sera engagé entre le prépuce et le gland. On n'a pas à se préoccuper d'enlever les catguts ; ils se détachent d'eux-mêmes au bout de quelques jours. Le léger œdème du début disparaît rapidement et la cicatrisation est obtenue en 10 ou 12 jours. On peut alors très facilement décalotter et le résultat final est excellent. On peut encore si l'on préfère, l'affrontement étant terminé, ne pas ramener la peau en avant. On met un pansement circulaire et au bout de 24 heures ou de 48 heures, lorsque la ligne de suture est bien sèche, on attire le prépuce en avant et l'on ne remet pas de pansement. Si l'on avait employé des crins ou des soies pour les sutures, on les enlèverait au bout de 48 heures. Les chefs seraient conservés et noués à leur extrémité tous ensemble. Au moment de l'ablation des fils on ferait une traction sur eux afin d'extérioriser la suture et de sectionner facilement les nœuds.

b) *Affrontement aux serres-fines.*

Nous préférons de beaucoup cet affrontement aux serres-fines. Elles sont très hémostatiques, évitent tout gonflement, donnent un affrontement de premier ordre et une cicatrisation beaucoup plus rapide. On choisira des serres-fines fortes, pinçant vigoureusement. On commencera par affronter la muqueuse et la peau. En premier lieu, quelques-unes sont placées en des points éloignés et symétriques, puis on pose les autres entre celles-ci. Elles doivent très rapprochées et peu profondément enfoncées. On terminera par la reconstitution du frein. A ce niveau, on emploiera des serres-fines coudées mises plus profondé-

ment afin de parfaire l'hémostase ainsi que cela est parfois nécessaire. *Toutes les serres-fines seront enlevées au bout de vingt-quatre heures.* Il ne faut pas craindre chez l'adulte que les érections les fassent lâcher. *Cette crainte des érections est tout à fait illusoire.* Aussi puissantes aussi prolongées qu'elles pourront être, elles ne parviendront jamais à les déplacer. Néanmoins comme les érections sont fort pénibles pour l'opéré, on essaiera de les combattre par des médicaments appropriés, qui habituellement d'ailleurs, — faisons-le remarquer — ne produisent aucun effet.

Aussitôt après avoir enlevé les serres-fines, on ramène le prépuce en avant et l'on n'a pas à remettre de pansement. La cicatrisation est, comme nous l'avons signalé, extrêmement rapide ; elle demande quatre ou cinq jours tout au plus. Quelquefois un léger œdème qui se produit au niveau de la ligne de suture ne permet pas de ramener le prépuce en avant ou tout au moins de le maintenir dans cette situation ; dans ce cas il ne faut pas persister dans cette tentative ; l'invagination de la ligne de suture se fera d'elle-même, quelques jours plus tard, lorsque l'œdème aura disparu.

En somme, nous pouvons dire que notre procédé donne au point de vue de l'esthétique des résultats en tous points excellents, particulièrement appréciés par le malade.

L'aspect disgracieux dû au renversement de la muqueuse auquel le procédé courant ne peut parer ne s'observe jamais. De plus à l'état de flaccidité de la verge, le gland se trouve recouvert dans ses deux tiers postérieurs et la cicatrice de la ligne de suture demeure absolument invisible. Nous rappellerons enfin que ces avantages sont atteints automatiquement, donc de façon constante. *Le lieu de section de la muqueuse qui a une importance particulière ne se détermine pas « au jugé » ; il n'est pas alors nécessaire de posséder une certaine expérience du procédé pour le réussir pleinement du premier coup.* C'est pourquoi nous espérons que notre procédé intéressera ceux qui ont souvent l'occasion de pratiquer la posthectomie, intervention modeste, mais dont l'esthétique parfaite, si appréciée par le malade, est cependant malaisée à réaliser.

II — Les incidents et accidents opératoires et post-opératoires de la posthectomie

a) Accidents opératoires

Ils sont rares et généralement bénins ; certains cependant peuvent

avoir des conséquences graves. On ne peut guère considérer l'hémorragie que comme un incident prévu et inévitable. Elle a deux sources : les branches de la veine dorsale superficielle et l'artère du frein. Il n'est pas possible d'esquiver la section de quelques-unes de ces branches veineuses qui peuvent saigner avec abondance. Même lorsqu'elles ne donnent lieu qu'à un suintement léger, il faut les pincer et les lier soigneusement avec un catgut très petit afin d'éviter des hématomes volumineux et très ennuyeux. La section du frein donne toujours naissance à de vives hémorragies. Il faut néanmoins toujours couper cette artériole lors de la section du frein, car cela permet de compléter le redressement du gland, dont l'inflexion est due bien souvent autant à la brièveté de l'artère, qu'à celle du frein lui-même. De plus cette section franche du vaisseau, par la production d'une hémorragie abondante, désigne nettement les deux bouts de l'artère qui peuvent de ce fait être pincés et liés avec facilité et sécurité.

Un véritable accident, c'est la section du gland. Il peut aisément se produire lorsque, par inattention, on saisit sa pointe dans la pince de Kocher au-dessous de laquelle on fera la section du prépuce, si l'on a eu recours au procédé courant, ou la section de la muqueuse, si l'on a emploié notre procédé. Cette faute sérieuse est une faute de débutant car à travers le prépuce, même s'il est épaissi par une inflammation, on délimite assez bien par la palpation l'extrémité du gland, et cela est encore plus facile, s'il n'est recouvert que par le feuillet muqueux. Pour ne pas commettre cette maladresse, il faudra couper le prépuce avec de grandes précautions et une sage lenteur, et si l'on fait une posthectomie conservatrice il faut couper alternativement les deux faces (droite et gauche) de la muqueuse, comme je l'ai dit plus haut. Lorsqu'un pareil ennui survient — à moins d'une négligence inconcevable — l'extrême pointe seule du gland est reséquée, ce qui n'a qu'une gravité minime.

Au cours de la posthectomie il peut survenir un autre accident extrêmement sérieux, c'est la résection totale, involontaire de la peau de la verge. Cela se produit lorsqu'on tire avec trop d'énergie sur le prépuce au moment où l'on met en place la pince qui désigne la hauteur où l'on coupera le prépuce. Dans ce cas, après l'enlèvement de la pince la verge est toute dénudée et l'orifice préputial et la muqueuse ne sont généralement pas touchés. Il va sans dire que cet accident est propre au procédé habituel. Kirmisson en a relaté un cas très curieux, d'autant plus intéressant qu'il s'agissait d'un adulte ; or chez l'adulte, le plus souvent, la laxité de la celluleuse n'est pas suffisante pour qu'on

puisse attirer en avant du gland tout le fourreau cutané de la verge. Il ne faut donc jamais tirer fortement sur le prépuce, surtout chez les jeunes enfants. Il faut seulement le tendre. Parfois on peut observer des portions de la suture qui se désunissent surtout au niveau du frein et dont la cicatrisation traîne en longueur. On n'a qu'à les toucher au nitrate d'argent et la cicatrisation se complète rapidement.

Je rapporte un dernier accident qu'on peut observer au cours de la circoncision faite par la méthode courante ; c'est la mort de l'opéré par syncope, au moment où l'on sectionne le prépuce. Il s'agit toujours de grands enfants (de 10 à 13 ans) chez lesquels on a employé l'anesthésie générale et *qui ne dorment pas profondément.* Il se produit alors un réflexe inhibiteur comparable à celui qu'on peut voir survenir au cours d'une dilatation de l'anus faite pareillement chez un individu insuffisamment endormi. Bien souvent, heureusement, la syncope ne se produit pas mais on observe, au moment de la section du prépuce, une respiration hoqueteuse, très inquiétante. Cet accident m'a été signalé par M. Jalaguier, et j'ai eu l'occasion, à plusieurs reprises, de constater sa réalité. Cet accident est aussi spécial au procédé courant.

b) Accidents post-opératoires

L'hémorragie. — Elle se produit dans l'après-midi ou dans la nuit du jour de l'opération. Elle peut être rapidement mortelle si l'on ne réalise pas aussitôt l'hémostase. Elle provient de l'artère du frein qui a été mal liée, ou qui a été perforée au moment où l'on suturait la plaie de la section du frein. L'hémorragie veineuse n'est jamais grave et elle se borne à produire un hématome. Chez les jeunes enfants, ces hémorragies sont très graves ; comme l'a fait remarquer Colemann J. Buford, le sang chez l'adulte représente 8 % du poids total, 5 % seulement chez le nourrisson. Ensuite on sous-estime toujours le sang perdu par un enfant, car celui-ci quoique perdant du sang en abondance dort et son visage demeure rosé pendant longtemps. Il se produit seulement à certains moments des pâleurs subites. Il faut donc chez les jeunes enfants, soigner de très près l'hémostase pendant la posthectomie et demander à ce qu'on le surveille très attentivement pendant les 24 heures qui suivent l'opération. On regardera fréquemment la verge, puisque ce n'est pas sur son visage qu'on décélera l'hémorragie.

L'hématome. — Il se constitue pendant les jours qui suivent l'intervention. Il n'a aucune gravité. Il donne à la verge un volume consi-

dérable, et une teinte ecchymotique qui peuvent effrayer l'opéré. Il se résorbe lentement sous l'action des pansemnts humides chauds, mais il peut suppurer et retarder la cicatrisation.

La balano-posthite et l'œdème chronique. — La balano-posthite ne s'observe jamais au niveau de la ligne de suture lorsqu'on emploie les serres-fines. Ce sont des infections légères et prolongées des sutures qui déterminent un œdème chronique qu'on rencontre surtout à la base du gland. Il guérit avec le temps et des bains de verge chauds. J'ai expliqué au chapitre IV que la balano-posthite qui complique une posthectomie courante, peut si la technique a été défectueuse, réaliser un phimosis secondaire définitif plus serré que le premier.

J'ai observé un cas où par suite d'une suppuration prolongée relevant d'une infection chronique du prépuce, antérieure à l'opération, le phimosis s'était reproduit en partie et persistait plusieurs semaines après l'intervention. Ce malade avait subi une posthectomie conservatrice mais cette récidive n'a été que temporaire. Elle se maintint durant quelque temps par suite d'un œdème chronique qui disparut peu a peu. En présence d'un pareil cas il faut savoir attendre et ne pas opérer de nouveau car ce rétrécissement de l'ouverture préputial est toujours transitoire, quand le sujet a été opéré à l'aide de notre procédé. Nous ferons observer en terminant que l'extrême jeunesse des enfants ne doit jamais être une contre-indication à la posthectomie. Elle est très bien supportée par les nourrissons. Chez eux on observe des balanos-posthites à répétition dont on n'aura raison que par l'exérèse du prépuce. Il faut immobiliser les nourrissons qu'on opérera par quelques bouffées de chloroforme. Chez eux le chloroforme est l'anesthésique de choix ; ils le supportent merveilleusement.

CONCLUSIONS

La circoncision rituelle, pratique qui de nos jours encore est très fidèlement observée par les Israëlites, les Mahométans et certaines peuplades primitives d'Afrique, d'Amérique et d'Océanie est une coutume extrêmement ancienne. Elle est sans doute aussi vieille que l'humanité. Cette mutilation ne relève pas d'une prescription hygiénique annexée à des commandements religieux, ainsi qu'on le croît communément. Elle a une portée soit sociale, soit religieuse. Elle représente un rite de séparation (idée de section) qui détache l'individu d'un milieu donné pour l'agréger à un groupement nouveau (social ou religieux). Elle équivaut à diverses mutilations (avulsion d'une dent, section de la dernière phalange du petit doigt, section du lobule de l'oreille, perforation du septum nasal, etc), que l'on fait subir, pour des buts semblables à des organes qui peuvent supporter de telles opérations sans que la vie du sujet soit mise en danger, ou que son activité physique soit diminuée. La circoncision juive est un signe d'alliance avec Dieu, elle est la marque d'appartenance à une même communauté de fidèles. Dans les tribus nègres de l'Afrique la circoncision des garçons et des filles est généralement un rite de passage de valeur sociale (séparation de la société féminine et enfantine, abandon des jeux, et agrégation des circoncis à la société adulte, début de la période où le mariage peut s'accomplir).

On a l'habitude de désigner par le mot *circoncision* non seulement l'exérèse rituelle du prépuce mais aussi son ablation médicale, thérapeutique. Il est tout à fait illogique de désigner par le même terme l'acte qui réalise l'exérèse rituelle du prépuce chez les garçons, *des petites lèvres et de la pointe du clitoris chez les filles,* et l'opération qui supprime le prépuce dans un but uniquement médical. Nous demandons qu'on réserve à la circoncision médicale, une appellation particulière ; nous proposons celle de « posthectomie ».

La posthectomie est fréquemment pratiquée par le chirurgien. Elle est partielle ou totale, le plus souvent partielle. Elle a des indications très variées. Les plus fréquentes relèvent des complications du phimosis congénital (qui s'observe seulement chez les jeunes enfants et qui

est dû à la constitution par le muscle péripénien, d'un sphincter à l'orifice préputial) ou des complications du phimosis acquis (produit par la formation d'un anneau scléreux d'origine inflammatoire chez les enfants qui ont un phimosis congénital infecté ou chez les adultes atteints de balanos-posthites très diverses, aiguës, subaiguës ou chroniques.

La posthectomie est pratiquée encore pour le prépuce à trompe (allongement hypertrophique du prépuce) compliqué ou non. Plus rarement elle est indiquée dans la cure des tumeurs bénignes (papillomes, kystes du raphé, etc) ou malignes du prépuce.

La posthectomie, hormis certains cas très spéciaux que nous avons signalés, ne doit pas être totale. Il faut conserver, et cela au nom de l'esthétique la plus grande partie du prépuce. D'après l'examen des œuvres des artistes anciens et l'opinion qui paraît être celle de la plupart des artistes modernes, les deux aspects les plus esthétiques pour le prépuce sont ceux-ci : 1° le prépuce recouvre complètement le gland sans toutefois le dépasser ; 2° le prépuce recouvre les 2/3 postérieurs du gland laissant voir par conséquent la pointe du gland et le méat. Le premier aspect ne peut être réalisé par la posthectomie, que si l'on a beaucoup d'étoffe cutanée, c'est-à-dire seulement lorsqu'on fait la posthectomie pour un allongement hypertrophique du prépuce. Dans la majorité des cas, le chirurgien ne peut réaliser que l'aspect cité en second lieu, qui d'ailleurs, est aussi d'une esthétique parfaite. De plus la cicatrice de la ligne de suture devra être invisible. On ne peut atteindre ces résultats que par des procédés spéciaux, celui de Dartigues et Roucayrol, et le nôtre que nous avons appelé la posthectomie conservatrice.

La posthectomie conservatrice procure des résultats esthétiques, automatiquement, c'est-à-dire de façon constante. Ils sont, en résumé les suivants :

1°) Le gland est recouvert dans ses deux tiers postérieurs ou complètement si l'on a opéré pour un allongement hypertrophique préputial.

2°) La ligne de suture est invaginée, donc invisible. Plus tard il ne semble pas que le sujet ait subi une exérèse partielle du prépuce. On ne peut reconnaître en lui « un circoncis ».

3°) Si lon a fait les sutures avec des fils on n'a aucun pansement à mettre après l'opération. Si l'on a employé des serres-fines, ce qui est à préférer, on met un pansement pendant 24 heures seulement.

4°) On n'observe jamais d'éversion et de dédoublement du prépuce

restant, ainsi que cela se voit parfois lorsqu'on emploie le procédé courant chez les individus dont le muscle péripénien a subi au niveau du prépuce une résorption trop complète vers l'adolescence.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*
H. ROGER. COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

DAVID MARTIN. — La Sainte Bible, revue sur les originaux.

A. VAN GENNEP. — Les Rites de Passage (Paris, Nourry, 1909).

R. ANDREE. — Beschneidung, (*Ethnographische Parallelen*, 2° série. Leipzig, 1889, p. 166-212).

AD. J. REINACH. — La lutte de Jacob et de Moïse avec Jahvé et l'origine de la circoncision (*Rev. des Et. Ethnogr. et Sociol.*, 1908, p. 360-62).

CELSE. — Traité de Médecine (*Trad. Ninnin*, 1861, p. 293).

GALLIEN. — Œuvres (*Edit. Daremberg*, 1854, t. 2, p. 698).

PAUL D'EGINE. — Chirurgie (*Trad. R. Briau*, 1855).

FABRICE D'AQUAPENDENTE. — Opera chirurgica (Padoue, 1617).

AMBROISE PARE. — Œuvres corrigées et augmentées (Paris, 1583)

CHOPART. — Maladies des organes génitaux et urinaires, 1839.

VIERZIGMAM. — De Phimosis (Leipzig, 1695).

ZEIDLER. — De phimosis et paraphimosis (Iéna, 1705).

BAUER. — De causis fœcumididates gentis circumcisae (Leipzig, 1719).

CHOPART. — Maladies des organes génitaux et urinaires, 1839.

FONDRETON. — Du phimosis (*Th. de Paris*, 1843).

CHAUVIN. — Considérations sur le phimosis (*Th. de Strasbourg*, 1851)

BLIN. — Traitement du phimosis (*Th. de Paris*, 1853).

NELATON. — Pathologie chirurgicale, 1859.

HOUZE. — Du phimosis (*Th. de Paris*, 1860).

CHASSAIGNAC. — Traité des opérations chirurgicales 1862.

COUDERC. — Du phimosis (*Th. de Paris*, 1868).

LANOS. — Du phimosis congénital (*Th. de Paris*, 1875).

SAYRE. — Orthopedie surgery and diseases of Joints (New-York, 1876)

DEMARQUAY. — Maladies chirurgicales du pénis.

VIDAL (DE CASSIS). — Pathol. ext. (1855).

DE SAINT-GERMAIN. — Chirurgie des enfants (1884).

BASTIDE. — Du phimosis (*Th. Montpellier*, 1871).

DAUDIRAC. — Du phimosis congénital (*Th. Paris*, 1874).

NORMAND.— Du phimosis (*Th. Paris*, 1876).

Dr CASTELAIN. — La circoncision est-elle utile? (1882).

PIUSSAN.— Accidents de l'atrésie du prépuce (*Th. Paris* 1884)

TRELAT. — Phimosis congénital (*Gaz. des Hôp.* 1859).

REVERDIN (Aug.) A propos de l'opération du phimosis (*Rev. méd. suisse romande*, 1888).

BERGER. — Sur des accidents peu connus du phimosis congénital (*Th. Paris*, 1890).

KARENWSKI.— Phimosis congenita and hydrocele congenita (*Centrabl. fur. Chir.* 1885).

PREVOST.— Traitement du phimosis (*Th. de Paris*, 1835).

AISSA-HAMDY.— De la circoncision (*Th. de Montpellier*, 1873).

HANDVOGEL.— Traitement des affections du prépuce par l'orlatomie, Paris 1873.

MARCHAND.— De la circoncision au point de vue historique, hygiénique et chirurgical (*Th. de Montpellier*, 1855).

STEWART.— Congénital phimosis (*J. of Amer. med. Ass. Chicago*, 1887, vol. II, p. 644).

BEARD.— Phimosis as a factor in the diseases of infancy and childhood (*Trans-Minnesota med. Soc. St-Paul*, 1885, p. 100).

HENRY MORRIS.— Phimosis in infancy and childhood.

WETHERILL.— Congenital phimosis and it consequences (*Boston med. and Surg.* J. 1855, p. 52).

SMITH. — Obs. d'asthme avec phimosis (*J. of Amer. med. Assoc. Chicago*, 1887, vol. I, p. 162).

OSBORN. — Phimosis as a cause of hernia in infants (*Lancet*, London 1881).

SAUNDERS.— Four cases of genital reflex (*Alienist and neurologist*, St-Louis 1881, p. 143).

THOMPSON. — Phimosis causing epipleptiform convulsions (*Med. Ann, Albany*, 1881).

CHAPMANN. — Some of the nervous affections which are liable to follow neglected congenital phimosis in Children (*Ann. Anat. and Surg.* New-York 1882, p. 127).

YOUNG. — Diarrhea and nervous symptomes caused by tight prepuce (*The Physician and Surgean*, 1884, p. 152).

MAKWELL.— Case of diabete mellitus and phimosis (*J. of Amer. med. Ass.* 1880).

PARK.— Genital irritation... in young children (*Chicago med. J.* 1880, p. 561).

LOUIS FLEURY. — Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie (Paris 1856).

BORELLI. — Sur quelques maladies génito-vésicales produites ou simulées par le phimosis congénital (*Gaz. des Hôp.* 1855, p. 566).

DE COURCELLES. — Manuel des opérations les plus ordinaires de la chirurgie (Brest 1756).

LABARTHE. — Dictionnaire de Médecine usuelle.

E. LITTRE. — Dictionnaire de médecine, de chirurgie et de pharmacie.

BRISSAUD, PINARD, RECLUS. — Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée (Paris).

A. BROCA. — Chirurgie infantile (Paris).

KIRMISSON. — Maladies chirurgicales d'origine congénitales (Paris).

Dr CLAPAREDE. — La circoncision, de son importance dans la famille et dans l'Etat (Paris 1858).

GEOFFROY JEFFERSON. — The peripenic muscle, some observations on the anatomy of phimosis (*Surgery Cynecology and obstetrics*, août 1916).

COLEMAN G. BUFORD. — Varied topics concerning the surgery of infants and small Children (*Surgery, Gynecology and obstetrics*, mai 1915, p. 546).

PIRIE. — A study of hyperadrenalism its influence in producing congenital pyloric hypertrophy and subsequent obstruction (*Lancet*, t. C X C VII, 1919, p. 513).

V. DOITEAU. — La posthectomie conservatrice (*La Clinique*, septembre 1923).

V. DOITEAU. — Un nouveau procédé opératoire pour la cure du phimosis (*Revue d'Urologie* mai 1923).

DARTIGUES et ROUCAYROL. — La phimosiectomie ou circoncision par suture circulaire invaginée (Paris, 1922).

DARTIGUES et ROUCAYROL. — (*Id. Journal d'Urologie*, fév. 1922).

DARTIGUES. — La phimosiectomie (*La Clinique*, déc. 1922).

Dr STIECKLER. — El prepucio con especial referencia al fimosis (*Los progressos de la Clinica*, novembre 1909).

GLASS. — Phimosis et pseudo-phimosis chez l'enfant (*Deutsch médizinsche Wochenschrift.* 1 fév. 1924).

Dr P. GRISEL. — Traitement du phimosis chez l'enfant (*Le Monde Médical*, n° 423, 25 nov. 1911).

INSTITUT FRANÇAIS D'ANTROPOLOGIE. — Compte-rendu de la séance du 20 juin 1923.

Dr M. CHATON. — De la technique de l'opération du phimosis (*Journal des Praticiens*, 19 janvier 1924).

EM. GAUJOUX et A. TRIBET. — Le phimosis et le paraphimosis, complications des ulcérations et inflammations (*Le Monde Médical*, n° 664, 15 av. 1924).

RETTERER et NEUVILLE.—Adhérences chez le bœuf du gland au prépuce ou fourreau (*Compte-rendu d ela séance de la Société de Biologie* du 16 décembre 1916).

V. VEAU. — Chirurgie d'urgence (Paris).

OMBREDANNE. — Technique chirurgicale infantile (Paris).

MARION. — Traité d'urologie (Paris).

LEGUEU et **PAPIN** — Précis d'urologie (Paris).

POIRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie humaine (Paris).

TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique (Paris).

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine (Paris).

GERARD. — Manuel d'anatomie humaine (Paris).

BRANCA. — Précis d'Histologie.

TOURNEUX. — Précis d'embryologie humaine.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 9

CHAPITRE I. — Historique de la circoncision. Circoncision rituelle et circoncision médicale 12

CHAPITRE II. — Anatomie et physiologie du prépuce 19

CHAPITRE III. — L'esthétique du prépuce selon l'art et les artistes 23

CHAPITRE IV. — Les indications de la posthectomie 29

CHAPITRE V. — Les complications du phimosis 48

CHAPITRE VI. — I — Quelques procédés de posthectomie 54

II — Les incidents et les accidents opératoires de la posthectomie 75

CONCLUSIONS 79

Imprimerie spéciale de la Librairie ARNETTE, 6, rue du Puits-Tribouillet, Saumur